Aus dem Gerichtlich-medizinischen Institut der Universität München.
Vorstand: Obermedizinalrat Professor Dr. H. Merkel.

Über die pathologisch-anatomischen Befunde der im Gerichtlich-medizinischen Institut zu München vorliegenden Fälle von tödlich verlaufener Fruchtabtreibung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der Gesamten Medizin

verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Erich Münchmeyer,

Bad Lauterberg i. H.

München 1927.

Druck von Ernst Große, Göttingen.

Ref.: Obermedizinalrat Professor Dr. G. Merkel.

Tag der mündlichen Prüfung: 21. Juni 1927.

Meinen lieben Eltern gewidmet!

Inhalts-Verzeichnis.

Einleitung:
Allgemeines über die Fruchtabtreibung . . S. 5

Ausführung:
Ueberleitung auf das Thema und Einteilung der vorliegenden Fälle . . . . . S. 7
A) Innere Mittel: . . . . . S. 8
I. Quecksilbervergiftungen . . . . . S. 9
II. Lysolvergiftung . . . . . S. 14
III. Nitrobenzolvergiftung. . . . . S. 15
B) Mechanische Mittel . . . . . S. 16
I. Luftembolie . . . . . S. 17
II. Traumen der Genitalien . . . . . S. 29
C) Hochverdächtige Fälle ohne erweisliche Verletzungen . . . . S. 59

Schluß:
Zusammenfassung der Uebersichtstabellen. Kritische Würdigung der geltenden Strafgesetzbestimmungen und Eingehen auf die Abtreibungsparagraphen im Neuen Reichsstrafgesetzentwurf . . . . . S. 72

Literatur. . . . . S. 79

Lebenslauf . . . . . S. 82

Unter „krimineller Fruchtabtreibung“ versteht man die absichtliche, widerrechtliche Unterbrechung der Schwangerschaft mit Aufopferung der Leibesfrucht.

In der Bevölkerungsfrage nimmt der Abortus eine äußerst wichtige Stellung ein. Seit einigen Jahrzehnten beginnt sich der bis dahin nur bei den westlichen Völkern heimische Geburtenrückgang leider auch bei uns bemerkbar zu machen. Ein paar Zahlenangaben mögen dies belegen: 1860 kamen auf 10000 Einwohner 379 und in den 70er Jahren zeitweise sogar über 400 Geburten von lebensfähigen Kindern. Seit Beginn dieses Jahrhunderts ist ein stetig fortschreitendes Sinken der Geburtenziffer zu beobachten, so daß im letzten Friedensjahre 1913 nur noch 281 lebende Kinder auf 10000 Einwohner geboren wurden.

Junker berechnet auf 100 Geburten 3,2 Fehlgeburten und rechnet auf 100 Fehlgeburten mit 60,6 kriminellen Aborten. Polag verzeichnet sogar 12 Fehlgeburten auf 100 normale Geburten, eine Zahl, die wohl etwas zu hoch gegriffen ist, um als Norm gelten zu können. Von den Abortfällen Polag's sind 4,5% ärztlich eingeleitet, 95,5% nicht medizinisch, von den nicht medizinischen Aborten 60 bis 70% krimineller Genese. Nach Bumm haben sogar sicher von 100 Frauen, die innerhalb 4 Wochen wegen Abortus incompletus die Poliklinik aufsuchten, 89 die Unterbrechung künstlich herbeigeführt. Nach Wieloch ist in 80% der sog. septischen Aborte die Aetiologie in dem kriminellen Moment zu suchen.

In diesem hohen Prozentsatz der Abtreibungen müssen wir neben der künstlichen Konzeptionsbehinderung einen der Hauptgründe für den Geburtenrückgang erkennen. Nach Bumm's Berechnungen müßten bei unserer jetzigen

Einwohnerzahl – die Angaben stammen aus dem Jahre 1917 – nach Abzug der natürlichen Verluste an Kindern jährlich rund 900000 Kinder mehr zur Welt kommen, als tatsächlich geboren werden. Davon sollen 800000 der künstlichen Konzeptionsbehinderung und 100000 der Abtreibung zur Last gelegt werden. Welche Bedeutung dieser Tatsache bei dem durch den Weltkrieg hervorgerufenen erheblichen Verlust an Menschenleben und an Landgebieten zuzuschreiben ist, ergibt sich ohne weiteres für jeden, der sich einmal mit dem Gedanken an die volkswirtschaftliche Not Deutschlands beschäftigt hat. Mit der Gefährdung unseres Nachwuchses ist der Ausgleich der im Kriege verloren gegangenen Kräfte und damit die Erstarkung unseres Vaterlandes nur zu sehr bedroht. Diese Erwägungen verlangen es jetzt um so nachdrücklicher als vordem, mit allen Mitteln zu versuchen, den Rückgang der Geburtenzahl aufzuhalten und den jährlichen Kinderzuwachs womöglich wieder auf die frühere Höhe zu bringen.

Die Gründe für das immer weitere Umsichgreifen des Verbrechens der Fruchtabtreibung sind wenigstens zum Teil in den schwierigen sozialen Verhältnissen der ärmeren Klassen, der Furcht vor der Schande bei den ledigen Schwangeren und endlich auch in der zunehmenden Bequemlichkeit der wohlhabenderen Frauen zu suchen. Dazu kommt als weiteres Moment, daß die meisten Frauen recht leichtfertig über die Fruchtabtreibung denken und vielfach keine Ahnung haben, wie teuer ihnen ein solcher Schritt in gesundheitlicher Hinsicht zu stehen kommen kann, ja, daß sie unter Umständen den Eingriff mit ihrem Leben bezahlen müssen.

Leider gibt es neben Laienabtreibern auch genugsam Aerzte, die zu unberechtigten Schwangerschaftsunterbrechungen ihre Hand bieten. Nicht nur Laienabtreibungen, sondern nicht so selten auch ärztliche Schwangerschaftsunterbrechungen führen bei den Schwangeren zu Gebärunfähigkeit, zu dauerndem Siechtum oder gar zum Tode.

Der kriminelle Abort lenkt nicht nur durch seine zunehmende Häufigkeit die Aufmerksamkeit des Arztes und

Richters auf sich, sondern auch dadurch, daß man erkennt, daß gerade die Fälle von Abort häufig besonders schwer verlaufen, bei denen von Laienhand unter grober Unkenntnis der allgemeinen Regeln der Asepsis irgend ein verbrecherischer Eingriff unternommen wurde.

Eine Abnahme dieses volksverheerenden Treibens gewissenloser Verbrecher ist bisher nicht erreicht worden, trotzdem das Augenmerk der Richter- und Ärzteschaft sich in den letzten Jahren in erhöhtem Maße der Bekämpfung des Übels zuwendet. Im Gegenteil wurde schon 1912 festgestellt, daß die Zahl der Verurteilungen wegen Abtreibung sich gegen das Ende des vorigen Jahrhunderts vervierfacht hatte (Placzek, zit. n. Ebert). Daß in den letzten Jahren eine Besserung eingetreten ist, können wir kaum annehmen, zumal der Krieg mit seinen moralischen Schäden gerade in dieser Beziehung sicher alles andere als veredelnd gewirkt hat.

An Hand von 70 Sektionen derartiger Fälle, die in den Jahren 1910 bis 1926 im Gerichtlich-medizinischen Institut zu München – zum Teil auch auswärts – vorgenommen wurden, soll im Folgenden ein Bild von den Sektionsbefunden der sezierten Fälle von kriminellen Aborten entworfen werden.

Der Abgang der Leibesfrucht kann auf zweierlei Weise herbeigeführt werden, entweder durch innere, toxisch wirkende Mittel oder durch mechanisch wirkende Eingriffe.

Seit altersher sind den Ärzten und Laien eine große Anzahl den Abort herbeiführender Substanzen bekannt. Unter diesen Mitteln befinden sich viele harmlose, andere sind von zweifelhafter, unsicherer Wirkung, wieder andere sind heftige Gifte. Ein absolut wirkendes inneres Mittel, das den Abortus erzwingt, ohne Schädigung für die Mutter zu verursachen, gibt es nicht. Jedes innere Mittel, das überhaupt eine Wirkung in Bezug auf die Schwangerschaft ausübt, ist ein Gift. Daher muß also auch jedes wirksame Fruchtabtreibungsmittel eine Allgemeinvergiftung hervorrufen, als deren Teilerscheinung es evtl. zur Ausstoßung der Leibesfrucht kommen kann.

Bei der Gerichtlich-medizinischen Beurteilung handelt es sich darum, ob das Gift an sich, d. h. nach seinen ihm innewohnenden Eigenschaften, geeignet ist, einen Abortus herbeizuführen. Die Qualität des Mittels entscheidet über seine Tauglichkeit, die Quantität über seine Wirkung im gegebenen Fall. Außer der Form und Dosierung des Abortivums ist aber auch die individuelle Disposition des schwangeren Weibes maßgebend für seine jeweilige Wirkung.

Für die fruchtabtreibende Wirkung sprechen die folgenden acht Vergiftungsfälle, sechs Quecksilber-, eine Lysol- und eine Nitrobenzolvergiftung.

Hauptsächlich zwei Quecksilberpräparate kommen zur Verwendung, das Sublimat und das Oxycyanat. Typisch für Hg-Vergiftungen ist die sog. „Sublimatniere", bei der man drei Stadien unterscheidet:

1. Das rote Initialstadium, 24 Stunden nach der Einnahme des $HgCl_2$;

2. Die grauweiße Sublimatniere, vom 2. Tage an bis zum Ende der ersten Woche;

3. Die rote Sublimatniere, nach der ersten Woche.

Nach Kaufmann (zit. nach Meidinger) entstehen die Kalkablagerungen nach Hg-Vergiftungen in den Nieren aus einer Anämie oder Koagulationsnekrose der Epithelien. Diese nekrotischen Epithelien werden in das Lumen der Harnkanälchen abgestoßen, und in diese erfolgen erst nachträglich die Kalkimprägnierungen durch Ablagerung zum Teil normaliter in den Nieren zur Ausscheidung kommender Kalksalze, zum Teil auch durch vermehrte Kalksalzzufuhr. Letztere ist bedingt durch die Behinderung der normalen Kalkabscheidung im Dickdarm infolge der dort lokalisierten Entzündungsprozesse.

Fast regelmäßig findet sich bei Hg-Vergiftungen eine weißgraue Verschorfung der Mundschleimhaut, überhaupt eine Verätzung des ganzen Verdauungstraktus, eine Gastroenteritis. Durch die Zirkulation des aufgenommenen Hg im Organismus zeigt sich in diesem selbst parenchymatöse bis fettige Degeneration der Organe. Das all-

gemeine Krankheitsbild der Hg-Vergiftung mit seinen Symptomen bleibt erfahrungsgemäß und wissenschaftlich nachgewiesen immer das gleiche, von welchem Orte aus – per os oder per vaginam – oder in welchem Zustande – fest oder flüssig – auch das fragliche Präparat genommen wurde.

Fall 1. H. K., 21 Jahre, Kaufmannsgattin, in früherem Schwangerschaftsstadium, nahm nach einem Streit(?) mit ihrem Ehegatten ein Glas mit sehr starker, angeblich dunkelroter Lösung von Sublimat zu sich. Die Pastillen hatte sie angeblich von einer Freundin zu Ausspülungszwecken bekommen. Nach 3 Tagen ins Krankenhaus eingeliefert, war sie dort angeblich anurisch. Die Frucht wurde ausgestoßen. Bei der Magenspülung kamen kleine Schleimhautfetzen zum Vorschein. Sie hatte blutig-schleimige Diarrhoen. Tags darauf, also am 4. Tage nach der Einnahme des Giftes, Exitus. Ob ein Abtreibungsversuch oder Selbstmord vorliegt, kann nicht völlig entschieden werden. Gerichtliche Sektion am 4. 10. 1923.

Pathologisch-anatomischer Befund: Puerperaler Uterus (2.–3. Monat). Ansatzstelle der Placenta im Fundus noch erkennbar. Stomatitis, grauer schmieriger Belag der Zunge. Verätzungen und Nekrosen im Kehlkopf, auch an den Stimmbändern. Keine Verätzung des Oesophagus. Totale flächenhafte Verätzung der Magenschleimhaut, abgesehen von einer Partie im Fundus, mit kleieförmiger Abstoßung der restierenden nekrotischen Schleimhautinseln. Entzündliche Hyperaemie der Serosa des Magens. Ausgedehnte Verschorfung der ganzen Dickdarmschleimhaut, sowie der Dünndarmschleimhaut in abnehmendem Grade bis hinauf zum Jejunum. Sublimatniere im Stadium der grauen Schwellung. Serös-eitriges Exsudat der linken Pleurahöhle (Leukocyten, Streptokokken). Lungenödem. Pleura-, Epicard- und Pericardekchymosen.

Todesursache: Subacute Sublimatvergiftung. Abgang des Foetus.

Fall 2. D., ledig, war zum letztenmal menstruiert am 10. 10. 1923. Zu Abtreibungszwecken verleibte sie sich am 9. 12. 1923 Sublimat ein (in welcher Weise ist nicht bekannt). Sofort erkrankte sie schwer mit Fieber, Erbrechen und Halsschmerzen und bekam Genitalblutungen. In ihrer Wohnung wurde blutige Wäsche gefunden. Am 20. 12. wurde sie ins Krankenhaus eingeliefert. Tags darauf hatte sie eine Blutung aus dem Munde. Im Urin fanden sich Eiweiß und Blut. Blutstuhl! Gerichtliche Sektion im Dezember 1923.

Pathologisch-anatomischer Befund: Das Sektionsprotokoll war trotz eifriger Bemühungen nicht zu erhalten, die Sektion war auswärts gemacht worden. Nur über die mikroskopische Untersuchung einzelner Organe liegt ein Bericht vor:

Muttermund und Cervix: keine Entzündung des Schleimhautüberzuges oder der tieferen Gewebsteile. Hinsichtlich der Gravidität kann eine Feststellung nicht gemacht werden wegen des geringen vorliegenden Materials (die übrigen Abschnitte des Genitaltraktus sind leider nicht zur mikroskopischen Untersuchung gekommen). Niere: enorme Verkalkung der Harnkanälchen mit großen säulenförmigen Ausgüssen derselben. Es handelt sich hier um Verkalkungen abgestorbener Harnkanälchenauskleidungszellen. Außerdem finden sich noch Veränderungen in den übrigen nicht verkalkten Auskleidungszellen der anderen Harnkanälchenabschnitte: die Zellen sind großenteils von ihrer Unterlage abgelöst, zum Teil ist ihre Kernfärbbarkeit verringert. Inwieweit diese Veränderungen auf einen krankhaften Prozeß zurückgeführt werden müssen und inwieweit hier Leichenveränderungen vorliegen, kann mit Sicherheit nicht auseinandergehalten werden. Die Glomeruli sind unverändert (bezeichnend für Hg-Vergiftung!). Schnittpräparate der Nieren zeigen ebenfalls hochgradige Verkalkung der Tubuli recti, ferner aber noch deutlicher in den nicht verkalkten Harnkanälchen Zylinderbildung und zwar zum Teil hyaline Zylinder, zum Teil Blutzylinder entsprechend einer ganz schweren Nephritis mit Funktionstörung. Leber: Geringfügige feintropfige Fettablagerungen an einzelnen Stellen in den Zentren der Leberläppchen. Die Verfettung erstreckt sich nur über die ganz zentral gelegenen Teile. Milz: Starke Entwicklung der Milzknötchen und zum Teil Blutungen im Milzgewebe. Herzmuskel: zeigt keine Verfettungen und keine Entzündungsprozesse. Dickdarm: Außerordentlich schwere, die ganze Darmwand betreffende Entzündung. Riesige Aufquellung der ganzen Schleimhaut und der unter der Schleimhaut gelegenen Schicht. Hochgradige eitrige Entzündungsprozesse in dieser letztgenannten Schicht und auch in der Muscularis schwerste wässerige und Eiweißdurchtränkung (Oedem).

Todesursache: Hg-Vergiftung (mit typischen Veränderungen in den Nieren). Gravidität fraglich.

Fall 3. Sch. A., 19 Jahre, ledig. Letzte Menses am 19. 6. 1924. Am 22. 6. Coitus. Um angeblich eine Empfängnis zu verhüten, ließ sich die Sch. von einer Freundin ein kleines, längliches vierkantiges Stückchen blauer, fester Substanz geben, das sie für ein Stückchen „geeignete" Seife hielt. Sie löste das Stückchen in etwa $^1/_{10}$ Quart Wasser auf. Mittels einer Spritze machte sie hiermit eine Scheidenspülung. Sofort heftigste Schmerzen in der Vagina, die Scheidenlippen schwollen mächtig an. Der herbeigerufene Arzt, dem die Vorgeschichte verheimlicht wurde, verordnete eine Eisblase. Am nächsten Tag bekam die Sch. Schmerzen an der Zunge, an der Wangenschleimhaut und im Rachen, verbunden mit starken Schluckbeschwerden. Der behandelnde Arzt machte mehrfach einen Abstrich aus der Vagina und aus dem Mund, da sich hier mißfarbene graugrüne Beläge entwickelten, wie bei einer Plaut-Vinzent'schen Angina. In den nächsten

Tagen Erbrechen und Herzklopfen. Seit 1. 7. heftige Leibschmerzen und Auftreten von leichten bis mittelstarken ununterbrochenen Genitalblutungen. Unter der Diagnose Abortus (mens III–IV) am 2. 7. Einweisung in die Gynaekologische Klinik. In der Klinik Curettement, das keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Abortresten ergab (normale Schleimhaut); Jodoformgazetamponade. In den nächsten Tagen dauernd schlechtes Befinden. Am 4. 7. Exitus, am 12. Tage nach der Vergiftung. Gerichtliche Sektion am 5. 7. 1924. (Wir haben den Fall mit erwähnt, obwohl das Sublimat hier als Anticonzipiens und – angeblich – nicht als Abortivum gebraucht worden ist. Die interessante Vorgeschichte und der lehrreiche pathologisch-anatomische Befund rechtfertigen wohl die Aufnahme dieses Falles in unsere Beschreibung der Hg-Vergiftungen).

Pathologisch-anatomischer Befund: Starkes Oedem der Labia minora. Ausgedehnter geschwüriger Zerfall an der Innenseite des linken Labiums, ringförmig um den Scheideneingang herum auf das rechte Labium übergreifend – auch die Harnröhrenmündung einnehmend –, links mit dickem, fibrinös-blutigem Belag versehen, langsames Abnehmen des Prozesses nach oben bis zur Mitte der Vagina. Virgineller retroflektierter Uterus, kleine frischere läppchenförmige Verletzung am Orificium externum uteri. – Verklebung der Schleimhautflächen im Fundus. Kein Menstruations-, kein Schwangerschaftskörper in den Ovarien nachzuweisen. Cystitis mit vereinzelten kleinen Schleimhautabszessen in der Nähe der Ureterenmündungen. Sublimatniere im Stadium der grauen Schwellung (Kalkinkrustation in den abgestoßenen Harnkanälchenzellen). Stärkere Schwellung der rechten Niere, rechtsseitige abszedierende Pyelonephritis. Haemorrhagische Entzündung des untersten Ileums und des ganzen Colons mit vereinzelten diphtherischen Schorfen der Schleimhaut. Blutiger Dickdarminhalt. Keine Milzschwellung. Eindickung der Galle in der Gallenblase. Parenchymatöse Trübung der Leber. Oedematöse Schwellung der Tonsillen, keine ausgesprochene Stomatitis. Ausgebreitete haemorrhagische lobuläre Pneumonie sämtlicher Lungenlappen mit beträchtlichem Oedem.

Todesursache: Sublimatvergiftung per vaginam. Keine Gravidität!

Fall 4. (Dieser und der folgende Fall sind bereits von Meidinger ausführlich geschildert worden. Der Vollständigkeit halber seien aber beide Fälle kurz noch einmal angeführt).

K. F., 29 Jahre, ledig, Küchenmädchen, zu Abtreibungzwecken hatte sie eine „Pastille" in die Scheide eingeführt und wurde am 19. 8. 1922 in die Gynaekolog. Klinik eingeliefert mit einer schweren Verätzung der Vagina. Hier wurde festgestellt: Gravidität im 4. Monat, Stomatitis, Anurie, Albuminurie mit mikroskopischem Befund. Subfebrile Temperaturen. Therapeutisch wurden Scheidenspülungen gemacht.

Exitus am 27. 8. 1922 (8. Krankheitstag). Gerichtliche Sektion am 29. 8. 1922.

Pathologisch-anatomischer Befund: Hochgradiges Labienödem. Starke Verätzung der ganzen Vaginalschleimhaut, eitrig-fibrinöse, ulceröse Colpitis. Scheidengewölbe frei. Im Uterus in der faulig veränderten Eihaut ein 14 cm langer männlicher Foetus. An der Rückwand und im Fundus uteri haftet die Nachgeburt. Stomatitis ulcerosa mit tiefen Nekrosen an der linken Mandel und eitrig-fibrinösen Belägen auch des Zungenrückens. Sublimatniere. Akuter Milztumor. Stauungsleber. Oedem der weichen Hirnhäute. Pachymeningitis interna an umschriebener Stelle.

Todesursache: Sublimatvergiftung per vaginam. Die hochgradige Verätzung der Vaginalschleimhaut und das Freibleiben des Scheidengewölbes sprechen für das Einführen von Sublimatpastillen in Substanz. Absterben des Foetus, noch keine Ausstoßung!

Fall 5. M. K., 22 Jahre, ledig, Arbeiterin, machte am 3. 12. 1923 eine „Scheidenspülung" mit einer aufgelösten Oxycyanattablette. Am 18. 12. Abgang einer 8 cm langen Frucht. Am 24. 12. Exitus, nach 21 Tagen – einer der seltenen protrahierten Fälle von Hg-Vergiftung! Gerichtliche Sektion am 27. 12. 1923 in Ingolstadt.

Pathologisch-anatomischer Befund: Vaginalschleimhaut schieferig, dunkelblau verfärbt, stark gerunzelt. Auf Durchschnitten zeigt sich diese Färbung durch die Dicke der ganzen Schleimhaut, die sehr gelockert erscheint. Aus dem äußeren Muttermund entleert sich auf Druck etwas braungrauer Schleim. Die Innenhaut des Uterus ist an der Vorderwand uneben rauh, mit bräunlichem Gewebe bedeckt. Im übrigen ist die Innenhaut bläulich gefärbt und größtenteils glatt. Die Uteruswand ist auf dem Durchschnitt bläulich-weiß gefärbt (nach Meidinger). Nach einem Abszeß im linken Lig. lat. zu urteilen, besteht jedenfalls die Möglichkeit, daß neben der Einspritzung durch die Spritze noch eine Infektion, vielleicht eine Verletzung des Scheidengewölbes, der Cervix oder des Corpus uteri stattgefunden hat. Der von dem Gerichtschemiker erhobene negative Befund von Hg in den inneren Genitalien ist bedeutungslos, denn selbstverständlich hatte in den 3 Wochen, die zwischen der Spülung und dem Tod der M. gelegen waren, eine vollkommene Aufnahme des Giftes vom Geschlechtsapparat aus schon stattfinden können, es war wohl auch ein großer Teil des Hg schon aus dem Körper ausgeschieden worden. Die asservierten Leichenteile waren zum Teil schon stark in Fäulnis übergegangen. Immerhin gelang doch der Beweis für eine stattgehabte Hg-Vergiftung. Nieren stark gequollen. Kalkablagerungen in den Harnkanälchen, hyaline Zylinder und Blutzylinder. Neubildungs- und Ausheilungsvorgänge in den Harnkanälchen, sowie frische Entzündungen im Zwischengewebe (Lymphocyteninfiltrate) – bezeichnend für die seltenen Spätfälle von Hg-Vergiftung! Erweiterungen des

Kapselraumes in den Glomeruli, wodurch diese etwas zusammengedrückt, dadurch anscheinend verdichtet und kernreicher sind, beweisen die stattgefundene Harnstauung. Die bei der mikroskopischen Untersuchung vorgefundenen entzündlichen Veränderungen des Dünn- und Dickdarmes sind schwer zu beurteilen, da starke cadaveröse Prozesse mit ihnen vergesellschaftet sind. Starke Verfettung an der Peripherie der Leberläppchen. Die Lunge ist teils ödematös verändert, teils von kleinen Blutungen durchsetzt. Oberflächliche Geschwürsprozesse der Zunge.

Todesursache: Tödliche Hg-Vergiftung per vaginam, und Abortus.

Fall 6. M. K., 33 Jahre, Transportarbeitersfrau, war 4 mal gravid und hatte 1921 die einzige ausgetragene Geburt, 1922/23 zwei Fehlgeburten. Letzte Menstruation Mitte Januar 1925. Am 25. 3. 1925 erkrankte sie unter Frösteln, stechenden und ziehenden Schmerzen im Leib mit Diarrhoen, die sich am nächsten Tage steigerten. Heftiger Harndrang, alle 5 Minuten mußte sie urinieren. Ein Arzt wurde nicht zugezogen, sondern es wurden – nach den Angaben der M. – selber Spülungen mit Oxycyanatlösung gemacht (das ist sicher schon früher geschehen!). Nachts heftiges Erbrechen. Am 26. 3. Aufnahme in die Klinik. Am Handschuh des untersuchenden Arztes fanden sich bläuliche papierartige Fetzen. Auf energisches Befragen gab die M. Spülungen mit einer „Wundtablette" zu. Bei der Untersuchung mit dem Spekulum löste sich die Scheidenschleimhaut in bläulichen Fetzen ab. Am 30. 3. Urinentleerung fast aufgehoben. 1. 4. Aderlaß von 320 ccm. 2. 4. langsame Verschlechterung des Befindens, zunehmende Störung des Sensoriums, Anurie. Am 30. 4. Exitus unter dem Zeichen der Uraemie. Gerichtliche Sektion am 4. 4. 1925.

Pathologisch-anatomischer Befund: Schwerste Verschorfung der Vaginalschleimhaut fast in ihrem gesamten Umfang bis in das Scheidengewölbe hinein mit größtenteils fetziger Loslösung derselben. Erhaltene Gravidität aus dem Ende des 2. Monats (das Ei ist am unteren Eipol etwas abgelöst, hier findet sich freies Blut zwischen ihm und der Uteruswand). Muttermund und Portio sind stark aufgelockert und dunkel-blau-rötlich verfärbt. Quecksilberdysenterie, handbreit über der Bauhin'schen Klappe beginnend und den ganzen Dickdarm bis zum Rektum einnehmend, in Form zahlreicher kleiner und großer Verschorfungen der Schleimhaut mit starkem Submucosaödem und enormer Hyperaemie sämtlicher Wandschichten. Makroskopisch kein Blut in dem dünnen Stuhl. Quecksilbernephrose im Stadium der roten Schwellung mit Oedem und verwaschener Zeichnung. In der Lichtung der Harnkanälchen reichlich Kalkmassen in Form von Schollen und verkalkten Epithelzylindern, Bildung von hyalinen Zylindern. Blutungen in der Nierenbeckenschleimhaut. Stomatitis mercurialis mit Belägen an und neben den Tonsillen, erhebliches Glottisödem, akute Tracheitis. Lungenödem mit beträchlicher Hyperaemie. In der Leber kein Fett nachzuweisen. Keine Verfettung des Herzmuskels; Epicardekchymosen.

Todesursache: Hg-Vergiftung per vaginam. Tod der Frucht – keine Ausstoßung.

Fall 7. Z. M., 19 Jahre, ledig, Kontoristin, wurde am 16. 4. 1920 blutend und in sehr schwachem Zustande von einer Frau in die elterliche Wohnung gebracht. Da es mit ihrem Befinden immer schlechter wurde, schickte sie der Arzt in die Frauenklinik. Hier ging am 3. 5., in der Eihaut, ein Foetus von 16 cm Länge ab. Bei der Untersuchung bemerkte der Arzt später Lysolgeruch an seinem Handschuh. Auf Befragen gab die Z. zu, daß vor etwa 8 Tagen eine Lysoleinspritzung vorgenommen wurde (diese wurde aber sicher schon früher, um den 16. 4. herum, gemacht!). Die Z. hatte mehrmals Schüttelfrost. Langsamer Exitus am 6. 5., nachdem tags zuvor ein plötzlicher Verfall eingetreten war. Gerichtliche Sektion am 8. 5. 1920.

Pathologisch-anatomischer Befund: Genitalien außen mit Blut beschmiert. Labia majora deutlich geschwollen. Scheideneingang klaffend, stark mit Blut beschmiert, enthält – wie der untere Teil der Vagina – verschiedene längliche, etwas schmierige Blutgerinnsel von leicht stinkendem Geruch. Vaginalschleimhaut gerunzelt. Im Scheidengewölbe keine Verletzung. Äußerer Muttermund klaffend, zeigt eine stärkere flächenhafte Geschwürsfläche. Der Peritonealüberzug des Uterus ist deutlich blau-rötlich verfärbt, zeigt keine Fibrinbeläge. Bei Druck auf den Uterus entleert sich eine stinkende, dunkel-schwarzrote bis braun-schwarze Masse und Gas. Der aufgeschnittene Uterus enthält übelriechende braun-schwarze Massen, die Innenwand ist vollständig uneben. Auf der Höhe des Uterus, mehr nach der Vorderwand zu, scheinen Reste der Placentaransatzstelle vorhanden zu sein. In der Vorderwand der im ganzen 15–20 mm dicken Uteruswand findet sich ein ausgedehnter, etwa tauben- bis hühnereigroßer Bezirk, in dem die Uteruswand den Eindruck macht wie eine trockene, gekochte Blutwurst; nur die äußere Zone in der Dicke von etwa 5 mm zeigt ein normales Verhalten. [Partielle hämorrhagische Infarcierung! (Totale hämorrhagische Infarcierung der ganzen inneren Geschlechtsorgane, s. Fall 2, S. 61 u. f.)]. Dieser Bezirk grenzt sich ziemlich scharf auch nach oben zu, ab gegen die normale, von weiten Blutgefäßräumen durchsetzte Uterussubstanz. Dieser eigenartig veränderte, wie abgestorbene Bezirk läßt einen lysolartigen Geruch erkennen (nach der Angabe des behandelnden Arztes wurden – in der Klinik – von ihm keine Lysolausspülungen gemacht und war der Lysolgeruch bereits bei der ärztlichen Untersuchung festzustellen gewesen!). Entzündungen oder Eiteransammlungen sind in der Uteruswand nicht vorhanden. Keine Entzündung des Beckenbindegewebes und der regionären Lymphknoten, keine Thrombose der Beckenvenen, keine Peritonitis. Corpus luteum verum im rechten Ovarium. Gasembolie im Herzen (Blut steril, keine Zeichen fortgeschrittener Fäulnis). Schweres, teilweise auch interstitielles Lungenödem. Schwere haemorrhagische Nephritis mit starker Parenchymdegeneration und schwerem

Oedem. Gering fetthaltige Nebennierenrinde, Oedem der Nebennieren. Milzschwellung (bei der bakteriolog. Untersuchung finden sich im Milzausstrich wie in der Milzkultur unbewegliche, gramvariable, stark gasbildende Stäbchen, offenbar Anaërobier).

Todesursache: Vom Uterus ausgehende Vergiftung, die sich zusammensetzt aus der erwiesenen Lysoleinspritzung und aus einer Bakterieninfektion. Eine vom Uterus ausgehende Verschleppung von Luft, bezw. Gas nach dem Herzen dürfte auch eine den Tod mitbewirkende Ursache gewesen sein(?). Fruchtausstoßung war eingetreten.

Fall 8. Sch. K., 26 Jahre, Dienstmädchen, ledig, gravid im 2.-3. Monat, starb am 10. 2. 1921 im Krankenhaus Schwabing im Coma und wurde am 12. 2. 1921 gerichtlich seziert, da der Verdacht auf eine Vergiftung mit bitterem Mandelöl (Nitrobenzol) bestand. - Bei der Haussuchung wurde ein kleines, leeres, verkorktes Fläschchen gefunden, das den typischen Geruch nach bitteren Mandeln zeigte. Ob das Mandelöl in selbstmörderischer Absicht genommen wurde, oder um damit einen Fruchtabgang zu bewirken, läßt sich nicht ermitteln.

Pathologisch-anatomischer Befund: Nirgends Verletzungen der Scheide. Uterus birnengroß, Überzug blutreich. Die Uterushöhle wird vollkommen ausgefüllt von einer etwa hühnereigroßen Fruchtblase, die sich von hinten und seitlich vollkommen ablösen läßt, während sie an der vorderen Uteruswand breit und fester haftet. Das in seiner Größe dem 2. oder 3. Schwangerschaftsmonate entsprechende Ei zeigt eine durchsichtig dünne, unverletzte Blase. Zwischen der Uteruswand und dem Ei findet sich kein Blut, der Inhalt der Eiblase erscheint etwas blaurötlich. Im Vaginalschleim werden mikroskopisch Scheidenzellen in großer Menge, sowie einzelne deutlich erhaltene Samenfäden nachgewiesen. Ebenso finden sich auch im Cervixschleim erhaltene Samenfäden und Eiterkörperchen. Corpus luteum graviditatis im rechten Ovarium. Der Inhalt des Beckens riecht ganz deutlich nach bitteren Mandeln. Im Magen etwa 350 ccm einer trüben, flockigen, gelblichen Flüssigkeit, die einen deutlichen Bittermandelgeruch zeigt. Starke Milzvergrößerung. Rachenhöhle, Speiseröhre (Schleimhaut weißlich), Nieren, Lungen und Gehirn riechen ebenfalls stark nach Bittermandelöl. Getigerte Fleckung des Herzmuskels.

Todesursache: Der Tod ist eingetreten mit allergrößter Wahrscheinlichkeit durch die Aufnahme von unechtem bitterem Mandelöl (Nitrobenzol). Anhaltspunkte für die Vornahme einer mechanischen Fruchtabtreibung haben sich bei der Sektion nicht ergeben. Da Nitrobenzol im Volk als Abtreibungsmittel bekannt ist, so besteht der dringende Verdacht, daß es sich um Aufnahme des Giftes für diesen Zweck handelt. Darüber, ob die Substanz mit einem Nahrungs- oder Genußmittel beigebracht wurde, oder ob sie rein genommen wurde, konnte die Sektion keinen Aufschluß geben. Tod der Schwangeren - keine Ausstoßung der Frucht!

„Das Nitrobenzol darf in keiner Weise mehr als taugliches Abortivum angesehen werden“ (J. R. Spinner).

Der Gebrauch innerer Mittel, der sicher besonders noch auf dem Lande eifrig geübt wird, scheint im Abnehmen begriffen zu sein. Dies erscheint verständlich, da es spezifische Mittel, die nur die Wehen erregen und dadurch den Abgang bewirken, nicht gibt, sondern die Wirkung – wenn sie wirklich erfolgt – stets auf dem Umweg über den Gesamtkörper eintritt. Diese Wirkung bleibt eben meist aus, oder sie wird mit Allgemeinschädigungen, wie schweren Vergiftungen, allzu teuer erkauft.

So werden die mechanischen Mittel, die unmittelbar auf den graviden Uterus einwirken, bevorzugt. Derer gibt es nun unendlich viele.

Eine weitere allerdings kleine Gruppe der Abtreibungsversuche besteht in der Einwirkung auf den Uterus von der Bauchhaut aus. Ebert berichtet von einem Fall, bei dem der Unterleib der Schwangeren mit einem Eisenhammer bearbeitet wurde; der erwünschte Abort trat jedoch trotzdem nicht ein. Ein viertel Jahr später gebar die Frau nämlich ein unreifes, aber durchaus lebensfähiges Kind. Die vollständig erhaltene Nachgeburt zeigte durch ihre pathologisch-anatomischen Veränderungen, daß das genannte Trauma in diesem Falle offenbar zu weitgehenden Ablösungen und Verödungen der Placenta – es handelt sich um nicht weniger als die Hälfte! – geführt hatte. Äußere und damit kombinierte innere Massage der Unterbauchgegend wird allerdings mit recht wechselndem Erfolge und dann meist ohne Veränderungen zu sehen vorgenommen!

Die Spülungen und Einspritzungen mit heißen Flüssigkeiten mit Zusatz von mehr oder weniger indifferenten Mitteln – besonders Seife, Alaun, Lysol – scheinen immer noch die Hauptrolle zu spielen. Als Spülinstrument kommt die bekannte Mutterspritze in Frage, bestehend aus einem Gummiball und einem langen, dünnen, gebogenen Ansatzrohr (aus Metall oder Hartgummi), das in die Cervix

eingeführt wird, oder der sog. Klysopompapparat sowie sonstige verschiedenartige Intrauterinspritzen.

Nach Stumpf ist der sog. „Eihautstich" das am häufigsten angewendete und am sichersten wirkende Abtreibungsverfahren. Abbildungen dazu benutzter Instrumente finden sich in Stumpf's „Gerichtlicher Geburtshilfe" auf S. 378. Das Sondieren der Uterushöhle wird mit allen möglichen Instrumenten ausgeübt. Es gibt wohl kaum einen Gegenstand, dessen Tauglichkeit zum Zweck der Abtreibung nicht schon erprobt worden wäre. Haarnadeln, Strick- und Häkelnadeln werden verwendet. Daneben wären zu nennen Bleistifte, Federhalter. Federkiele, ja Spielwaren (Stumpf); kurz alle Gegenstände, deren Eindringen in das Uteruscavum nicht allzu große Schwierigkeiten bereitet, werden herangezogen. Die städtische Bevölkerung nimmt auch häufig zu mehr sachgemäßen Instrumenten – Sonden, Kathetern, Bougies – ihre Zuflucht (besonders in den letzten Jahren).

Bei den intrauterinen Injektionen ergibt sich wohl die größte direkte Gefahr aus der Möglichkeit des Lufteintrittes in die Uterusvenen mit konsecutiver Luftembolie des Herzens. Eine solche kann bekanntlich ausnahmsweise – d. h. bei sehr weitem Muttermund – selbst bei der aufsteigenden Scheidendouche vorkommen, wobei der Flüssigkeitsstrahl gegen den Muttermund gerichtet wird, da nach C. v. Braun (zit. nach Haberda) bei offenem Muttermunde der mit Gewalt einströmende und eventuell Luft mitreißende Flüssigkeitsstrahl zwischen Chorion und Decidua oder zwischen dieser und der Uteruswand bis zum Fundus uteri eindringt, die Eihäute in einem sehr weiten Umfange ablöst und den Lufteintritt in die Uterusvenen begünstigt. Häufiger aber wird eine Luftembolie entstehen, wenn die Luftblasen führende Flüssigkeit direkt in den Uterus eingespritzt wird. Der Eintritt größerer Luftmengen in die Blutbahn und ins Herz veranlaßt plötzlichen Tod (fulminante Form der Luftembolie) (Walcher). Hat die Schwangere an sich selbst die Injektion vorgenommen, so wird die Leiche oft in einer

ganz charakteristischen Situation aufgefunden, neben ihr noch die Spritze oder auch der Flüssigkeitsbehälter. Auch eine schuldtragende andere Person verläßt unter Umständen begreiflicherweise den Schauplatz des Unglücks so rasch, daß die Situation unverändert angetroffen wird. Seltener sind Fälle, in denen der Tod erst nach einiger, wenn auch kurzer Zeit, eintritt (Protrahierte Form der Luftembolie).

Die Luftembolie ist früher bei der gewöhnlichen Vornahme der Obduktion gewiß oft schon übersehen worden. Prinzipiell ist jede Leiche einer im zeugungsfähigen Alter scheinbar plötzlich verstorbenen weiblichen Person unter Bedachtnahme auf die Möglichkeit einer vom Genitale ausgegangenen Luftembolie zu eröffnen. Die Gerichtlich-medizinische Sektionstechnik hat hierfür ein eigenes Verfahren (Max Richter):

Nach Eröffnung der Brusthöhle – die stets dabei als erste Körperhöhle eröffnet werden muß – nimmt man das Sternum mit Ausnahme seines Manubrium, das quer abgesägt wird, heraus, füllt den geöffneten Herzbeutel von seinem Eröffnungsschlitz aus mit Wasser und sticht den rechten Ventrikel unter Wasser an. Liegt eine Luftembolie vor, so steigen aus Ventrikel und Lungenschlagader große Luftblasen und schaumiges Blut auf. Man darf aber bei der Sektion vorher große Venen nicht eröffnet haben, um den artifiziellen Eintritt von Luft ins Herz sicher ausschließen zu können. An faulen Leichen und bei Anwesenheit von Gasbazillen in der wenn auch sonst frisch erscheinenden Leiche ist die Feststellung von Luftembolie nicht mit der in foro notwendigen Sicherheit möglich; es sei denn, daß man noch die Stelle des Lufteintrittes findet, z. B. eine klaffende Vene im Uterus am Eiansatz oder innerhalb einer Verletzung des Uterus.

Zuweilen erfolgt der Lufteintritt nicht vom Uterus aus: in einem von A. Kolisko (von Haberda angeführt) sezierten Falle ging die Luftembolie von den Beckenvenen der linken Seite nach Perforation des Scheidengewölbes mittels eines Glasrohres aus.

Die folgenden 15 Fälle – 9 erwiesene und 6 hochverdächtige – zeigen uns das pathologische Bild, wie es sich nach einer Luftembolie bietet:

Fall 1. B. J., im 3. Monat der Gravidität wurde eine Einspritzung gemacht. Die weitere Anamnese – der Fall stammt aus dem Jahre 1910 – ist nicht zu ermitteln. Gerichtliche Sektion am 7. 12. 1910.

Pathologisch-anatomischer Befund: Im Corpus uteri Luftblasen und schaumiges Blut. Im uneröffneten Amnion eine 6 cm lange, männliche Frucht. Das Chorion ist von der Decidua am unteren Eipole, sowie an der Hinterseite gegen den Fundus uteri zu abgelöst, der Zwischenraum enthält dunkles, zum Teil schaumiges Blut. In den beiden Venae spermaticae internae, besonders in der rechten, und in der Vena cava inferior finden sich reichliche Luftblasen, sowie schaumiges, dunkles, flüssiges Blut. Auch im rechten Atrium ist das Blut von der gleichen Beschaffenheit. Im rechten Ventrikel reichlich Luft und schaumiges, dunkelflüssiges Blut. Der rechte Ventrikel ist nach Entleerung der Luftblasen schlaff in sich zusammengesunken. Das Lungengewebe ist überall lufthaltig, graurötlich, mit sehr reichlichem feinblasigem Schaum angefüllt, der sich auch in den Luftröhrenästen befindet.

Todesursache: Luftembolie. Keine Ausstoßung des Foetus.

Fall 2. Sch. E.; Anamnese ist nicht zu ermitteln. Gravidität im 4. Monat. Einspritzung von unbekannter Flüssigkeit in den Uterus. Gerichtliche Sektion am 13. 2. 1911.

Pathologisch-anatomischer Befund: Uterus lufthaltig (beim Eröffnen unter Wasser entweichen bis walnußgroße Luftblasen). Aus den Gefäßdurchschnitten der Uteruswand entleert sich flüssiges Blut, das mit Luftblasen gemischt ist, Placenta, handtellergroß, im oberen Teil der Hinterwand angeheftet. Die Eihäute haften nur noch in den obersten Anteilen an der Uterusinnenfläche, sonst sind sie überall abgelöst, der Zwischenraum ist mit rötlicher Flüssigkeit angefüllt. Die Fruchtblase, einen 15 cm langen weiblichen Foetus enthaltend, ist geschlossen. In den abhängigen Teilen der Bauchhöhle etwa 50 ccm bräunliche, klare Flüssigkeit. In der Vena cava inferior und in den beiden Ovarialvenen reichliche Luftblasen und flüssiges Blut. In den Lebergefäßen findet sich flüssiges Blut mit einigen Gasblasen. Im rechten Ventrikel reichlich Luft und dunkles, flüssiges Blut. Das Lungengewebe ist lufthaltig, braunrot durchtränkt, reichlich feinblasigen Schaum entleerend. In den Lungengefäßen flüssiges, dunkles, schaumiges Blut. Schaum und Blut in den Bronchien.

Todesursache: Luftembolie. Kein Abgang des Foetus.

Fall 3. G. A., 33 Jahre, Postschaffnersfrau, war im 2.–3. Monat gravid und wurde in der Küche tot aufgefunden. Mittels einer Klysopompe, die sie sich einige Tage vorher geborgt hatte, hatte sie einen Selbstabtreibungsversuch vorgenommen. In den mit der Leiche über-

wiesenen zwei Gläsern befanden sich ungefähr 10 ccm mit etwas Blut vermischten Urins bezw. 150 ccm Seifenwasser. Gerichtliche Sektion am 24. 4. 1922.

Pathologisch-anatomischer Befund: Unverletztes, zu einem Drittel abgelöstes Ei, flüssiges Blut und Gerinnsel im Cavum uteri. In der unteren Hälfte der Hinterwand des Corpus uteri ein 4 cm tiefer, nach hinten oben führender, für eine 6 mm dicke Sonde durchgängiger Stichkanal. Luft und Blut in der linken Vena spermatica interna und uterina. Reichlich Luft im rechten Vorhof, im rechten Ventrikel und in der Art. pulm. sowie – jedoch spärlicher – in der Aorta. Offenes Foramen ovale,

Todesursache: Luftembolie (fulminante Form). Der Foetus ist nicht abgegangen.

Fall 4, St. Th., 21 Jahre, ledig, Näherin. Nach den Aussagen ihrer Freundin sei die St. nachmittags um 3 Uhr zu ihr gekommen. Sie habe auffallend zerraufte Haare und ein sehr rotes Gesicht gehabt und habe schwer geatmet. Auf der Bahnfahrt nach München habe sie sich angeblich schon nicht wohl gefühlt. Die Freundin machte ihr einen Tee, von dem sie angeblich ebenfalls getrunken habe. Eine viertel Stunde nachher sei die St. ganz blau im Gesicht geworden und habe einen schwer kranken Eindruck gemacht. Sie (die Freundin) sei daraufhin fortgelaufen, um einen Arzt zu benachrichtigen. Als sie zurückkehrte, habe sie die St. tot vor ihrem Bette liegend aufgefunden. Gerichtliche Sektion am 23. 11. 1922.

Pathologisch-anatomischer Befund: Gravidität im 8.–9. Monat! Nirgends Abtreibungsverletzungen. Eiblase unverletzt, in ihr ein 41,5 cm langer männlicher Foetus. Nur Spuren von Fruchtwasser, aber ziemlich viel Luft, bezw. Gas in der uneröffneten Eiblase. Teilweise Ablösung des Chorion von der Decidua. Im Fundus uteri, oben, finden sich nach der Herausnahme des Foetus etwa 20 ccm einer etwas rötlichen, wässerigen Flüssigkeit. Luft in den Gefäßen des Uterus und in den Venae spermaticae internae. Reichlich Luft im rechten Atrium und im rechten Ventrikel, sowie in der Art. pulmonal. Offenes Foramen ovale, keine Luft im linken Herzen. Blutüberfüllung der Gehirnsinus und des gesamten Venensystems, besonders auch der oberen Körperhälfte, weniger des Gehirns. Stauungshyperaemie der Leber, sowie der Lungen mit mäßigem Oedem. Akute Stauungsniere.

Todesursuche: Luftembolie (protrahierte Form). Keine Ausstoßung des Foetus. Da ein krimineller Eingriff nicht mit Sicherheit erwiesen ist, muß man auch an eine spontane Luftembolie denken, die ja in solch späten Schwangerschaftsstadien auch einmal eintreten kann.

Fall 5. H. F., 24 Jahre, ledig, Dienstmädchen. Der Geliebte der H. und sein Freund hatten in ihrer Wohnung Abtreibungsversuche an der H. vorgenommen. Eine halbe Minute nach dem zweiten Eingriff

war das Mädchen eine Leiche. Die beiden Freunde schleppten dann die Tote auf eine benachbarte Wiese, wo sie am nächsten Morgen aufgefunden wurde. Gerichtliche Sektion am 8. 12. 1923.

Pathologisch-anatomischer Befund: Gravidität im Anfang des 3. Monats. Im hinteren Scheidengewölbe ist makroskopisch eine kleine Verletzung nachzuweisen. Mikroskopischer Befund: Abschilferung eines Teils des Epithels in halber Dicke und fließblattartige Zusammenschiebung der abgeschilferten Lamelle. Unter dem Epithel eine herdförmige, frische Blutung. In der Umgebung beginnende Ansammlung von Leukocyten, ebenfalls in den Gefäßen vermehrter Leukocytengehalt (Vitale Reaktion). In der uneröffneten Eiblase befindet sich der offenbar männliche, 7 cm lange Foetus. Ablösung des Eies in der ganzen unteren Hälfte mit Blutansammlung zwischen Chorion und Decidua. Luft in den Gefäßen des Uterus, in den Beckenvenen, in den Venae spermat. int. und ebenso reichlich im rechten Herzen und in der Art. pulm. Foramen ovale spaltförmig offen, keine Luft im linken Herzen. Enormer Blutreichtum der rechten Lunge mit vereinzelten dunkelschwarz-roten Herden im Gewebe, derselbe Befund in der linken Lunge, aber weniger ausgesprochen.

Todesursache: Luftembolie (fulminante Form). Keine Ausstoßung des Foetus.

Fall 6. W. J., 28 Jahre, ledig, Hilfsarbeiterin, wurde in der Wohnung einer zweiten Frau, die sie angeblich gar nicht kannte(??), tot aufgefunden. Sie saß auf dem Boden, mit dem Rücken an einen Divan lehnend, eine Blutlache unter sich. Die auf Grund des Sektionsbefundes energisch betriebene Haussuchung förderte später ein Ansatzröhrchen zu einem Einspritzungsinstrument zutage. Gerichtliche Sektion am 24. 5. 1924.

Pathologisch-anatomischer Befund: Gravidität im 5. Monat. Wässerige Flüssigkeit aus den Genitalien ausfließend, Geruch nach Seife in der eröffneten Uterushöhle. Fragliche kleine Verletzung am inneren Muttermund: Etwas oberhalb der Grenze der Cervixschleimhaut zur Decidua zeigt letztere auf eine kleine Strecke fast völlig mangelnde Kernfärbung, die nach der Decidua zu wieder besser wird. Letztere erscheint weithin abgehoben, ohne daß jedoch eine frische Blutung zu sehen wäre. Ausgedehnte Ablösung der unverletzten Eiblase – sie enthält einen 20 cm langen weiblichen Foetus – von der Vorder- und den beiden Seitenwänden des Uterus. Etwas Blut auf den Trennungsflächen. Uterus durch Luft bezw. Gas ballonartig aufgetrieben mit tympanitischem Klopfschall. Mäßige Luftfüllung der Uterinvenen. Starke Ausdehnung der Venae spermat. int. durch Luft, wenig Blut in denselben. Schaumiges Blut in der Vena cava inferior. Reichlich Luft im rechten Herzen. Nur wenig flüssiges, schaumiges Blut in der Art. pulm. Im linken Ventrikel einige wenige Luftbläschen. Reichlich Luftblasen in den Halsvenen und in den Pial-

venen. Mäßiger Blutreichtum des Gehirns und der Blutleiter. Die Lungen zeigen enorme Hyperaemie, Hypostasen, Oedem und eine auffallend starke Leukocytose in den Gefäßen. Stauungshyperaemie der Nieren.

Todesursuche: Luftembolie (fulminante Form). Der Foetus ist nicht abgegangen.

Fall 7. D. E., gravid im 4. Monat. Über die Erhebungen ist nichts näheres bekannt. Gerichtliche Sektion am 17. 12. 1925.

Pathologisch-anatomischer Befund: Zwischen den Labia minora leicht blutige, schleimige Flüssigkeit. Am Damm hinter dem hinteren Schambändchen ein eingetrockneter Blutflecken. In der Vagina etwas vermehrtes, dünnflüssiges Blut, keine Verletzungen, auch nicht im Scheidengewölbe. Aus der Muttermundsspalte heraus hängt ein schleimig-blutiges Gebilde. Der Uterus fühlt sich teigig-weich an. In den Venen des Peritonealüberzuges sind keine Luftblasen zu sehen. Der Cervikalkanal ist gefüllt mit schleimigem Blut; in der Cervix selbst findet sich keine Verletzung. Dagegen zeigt sich vom inneren Muttermund an eine ovale, flache, etwa 2 cm nach oben reichende, oberflächliche Ablösung an der hinteren Uterusinnenwand. Die uneröffnete Eiblase enthält einen männlichen Foetus von 16 cm Länge. Der untere Teil der Eiblase ist abgelöst, zwischen der Eiblase und der Uteruswand findet sich etwas blutige Flüssigkeit. In den beiden Tubenecken, an der Grenze von Uteruswand und Eiblase, eine schmierige, fast eitrige Durchtränkung des Gewebes. Rechtsseitige Pyosalpinx. Der rechte Ventrikel zeigt deutlichen tympanitischen Klopfschall, enthält 20 – 30 ccm Luft. Im rechten Atrium mehrere Luftblasen und Schaum, ebenso im linken Ventrikel. Foramen ovale offen, mit einem Durchmesser von 2,5 cm. In der Art. pulm. dunkles, flüssiges Blut und feinblasiger Schaum. Dunkles, flüssiges Blut auch in der Vena cava inf. und in der Brustaorta. Aus einzelnen Blutgefäßen der Leber tritt lufthaltiges Blut aus. Lungenödem und -Emphysem. Hyperaemie der Nieren.

Todesursache: Herzlähmung durch offenbar fulminante Luftembolie in beiden Herzkammern. Nach dem vorliegenden Sektionsbefund ist es zweifellos, daß durch eine Einspritzung die Eiablösung und die Lufteinschleppung zustande gekommen ist. Keine Ausstoßung des Foetus.

Fall 8. D. A., 26 Jahre, ledig Hotelangestellte, gravid am Ende des 8. Monats! Sie wurde bei einer Freundin, die bei der Polizei als abtreibungsverdächtig gilt, tot aufgefunden. Gerichtliche Sektion am 5. 12. 1925.

Pathologisch-anatomischer Befund: Cervix nicht eröffnet. Teilweise Ablösung des unteren Eipoles, ohne Blutung. Einbohrungsverletzung an der Hinterwand des unteren Uterinsegments, etwas nach links von der Mittellinie. In der uneröffneten Eiblase ein 41 cm langer männlicher Foetus. Luft in den Venen der

Uteruswand und zwischen den Eihäuten. Typische Luftembolie des rechten Herzens mit starker Vorwölbung von Kammer und Vorhof. Offenes Foramen ovale, im linken Herzen keine Luft. Überall flüssiges Leichenblut. Histologisch an Nieren, Herz und Leber hochgradige Stauungserscheinungen.

Todesursache: Luftembolie (fulminante Form). Kein Abgang der Leibesfrucht.

Fall 9. S. A., Ehefrau, wurde in ihrer Wohnung auf dem Gesicht am Boden liegend tot aufgefunden. Das 4jährige Söhnchen der S. sagte, seine Mutter sei vom Stuhle gefallen. Die Leiche war bekleidet, aber ohne Unterbeinkleid. Abtreibungsinstrumente wurden nicht vorgefunden. In den letzten Tagen litt die S. an Katarrh und starkem Husten. In der Höhe des Unterleibes war Blut durch die Kleider gedrungen. Blutung aus dem Munde. Gerichtliche Sektion am 17. 11. 1925.

Pathologisch-anatomischer Befund: Erhaltene Gravidität im Anfang des 6. Monats. In der uneröffneten Eiblase ein männlicher Foetus von 27 cm Länge. Das Ei ist nirgends abgelöst. Keine Einbohrungsverletzung in der Muskulatur des Uterus, wohl aber ein stellenweise etwas kanalförmig verlaufender Defekt an der Hinterwand des unteren Uterinsegments mit blutiger Verfärbung der Decidua in Kleinhandtellergröße, stellenweise weißlich, wie verätzt(!). Etwas Luft in den subserösen Venen des Uterus. Mehrere Luftblasen im rechten Atrium und im rechten Ventrikel, ebenso in den Ästen der Art. pulm. Foramen ovale für eine Sonde durchgängig. Im linken Ventrikel keine Luft. Überall flüssiges Leichenblut, venöse Stauung in den parenchymatösen Organen und in den großen Gefäßen. Erhebliche Adipositas cordis. Zahlreiche Detrituspfröpfe in beiden Tonsillen, zwei solcher Pfröpfe im Larynx. Ekchymosen der Trachealschleimhaut. Leichtes Glottisödem. Nebenbefund: Walnußgroßer Echynococcus der Leber. Erhebliche Struma adenomatosa.

Todesursuche: Luftembolie oder Schocktod. Kein Abgang des Foetus.

War in den eben geschilderten Fällen der Beweis einer stattgehabten Luftembolie anstandslos gelungen, so sind die folgenden 6 Fälle schwieriger zu beurteilen. Sie bieten nicht ganz das typische Bild einer Luftembolie, sind aber höchst verdächtig darauf.

Fall 10. H. K., Schlossermeistersfrau, gravid zu Beginn des 6. Monats, wurde in ihrem Zimmer tot aufgefunden. Eine Frau B. war bei ihr in der Stube. Anscheinend hat die H. über Atemnot, Übelsein, Schwindelgefühl geklagt (dies ist nicht genau zu ermitteln!) und ist dann tot zusammengebrochen. Unter der Leiche, am Boden, fand man eine 8–10 cm im Durchmesser betragende Blutlache vor. In der Wohnung

wurde ein Irrigator mit einem dicken Mutterrohr gefunden, das jedoch ungeeignet war für eine intrauterine Abtreibungshandlung. (Medizinalkomitee-Fall Eichstätt).

Pathologisch-anatomischer Befund: Bei der auswärts vorgenommenen Sektion stellten die Ärzte folgendes fest: „Cervikalkanal nicht erweitert. Vaginalschleimhaut und Scheideneingang zeigen keine Verletzung. In der Vagina befindet sich etwa ein Eßlöffel voll von blutig-schleimiger Flüssigkeit. Blut und Schleim entleert sich auch aus dem Äußeren Muttermund. Im Cavum uteri eine größere Menge geronnenes dunkles Blut, außerdem zwei je 26 cm lange weibliche Früchte mit je einer Fruchtblase und je einem Mutterkuchen. Die eine Placenta ist am Rande teilweise gelöst und mit geronnenem Blut bedeckt. Das gleiche zeigt sich an der zweiten Placenta in geringerem Maße." Die hier vorgenommene histolog. Untersuchung zeigt eine Blutstauung in den Lebergefäßen, vor allem in den zentral gelegenen Läppchengefäßen, eine enorme Blutanfüllung der Gefäße des Lungengewebes, starkes Lungenödem.

Todesursache: Mit größter Wahrscheinlichkeit die protrahierte Form der Luftembolie. Der Befund einer teilweisen Ablösung der Eihäute und der beiden Placenten von der Uterusinnenwand könnte ja wohl auch durch einen beginnenden Abortus bedingt sein. Das ist aber hier ausgeschlossen, weil gar keine Krankheitserscheinungen darauf hindeuten. Andererseits aber entspricht der Befund weitgehend dem Sektionsergebnis bei einem Abtreibungsversuch durch Einspritzung einer Flüssigkeit. Kein Abgang der Leibesfrüchte.

Fall 11. K. A., 20 Jahre, ledig, Schneidermeisterstochter. Gravid im 5. Monat. Anamnese nicht zu erheben. Gerichtliche Sektion am 19. 4. 1918.

Pathologisch-anatomischer Befund: Vagina unverletzt, Muttermund leicht durchgängig. Bei der Eröffnung des Uterus entweicht stinkendes Gas. Zwischen der inneren hinteren Uteruswand und der Fruchtblase befindet sich ein größeres Blutgerinnsel von flächenhafter Ausdehnung, kleinhandtellergroß. Eiblase geschlossen, enthält einen 24 cm langen, männlichen Foetus. Die 12 cm im Durchmesser haltende Placenta haftet fest an im rechten oberen Winkel des Uterus. In der Bauchhöhle annähernd 100 ccm einer dünnen, hellbraunen Flüssigkeit. Herz vergrößert, im rechten Ventrikel eine kleine Menge etwas schaumigen dunkelflüssigen Blutes, ebenfalls im linken Ventrikel und in den beiden Atrien. Die Spitze des Herzens wird vom rechten Ventrikel gebildet. Im Epicard auf der Vorderfläche zahlreiche kleine Blutaustritte. Lungen etwas gebläht, ziemlich viel schaumige, dünne Flüssigkeit entleerend.

Todesursache: Mit größter Wahrscheinlichkeit Herzlähmung durch Luftembolie. Keine Ausstoßung des Foetus.

Fall 12. E. V,, 25 Jahre, Krämersfrau, im 3. Monat gravid, wurde auf der Straße tot aufgefunden. Nähere Erhebungen sind nicht zu ermitteln. Gerichtliche Sektion am 15. 2. 1917.

Pathologisch-anatomischer Befund: Vaginalschleimhaut sehr blaß, ohne Inhalt. Nirgends Verletzungen an den Genitalien. Im Uterus eine Fruchtblase, die einen vom Kopf bis zum Steiß 4 cm langen Foetus enthält. (Nähere Angaben über den anatomischen Befund im Uterus enthält das Sektionsprotokoll leider nicht). Eitrige Entzündung der Harnblasenschleimhaut. Herz vergrößert. 12 cm breit, 13 cm hoch, schlaff. Im rechten Atrium etwas dunkel-flüssiges Blut. Der rechte Ventrikel ist fast leer. Linkes Atrium strotzend gefüllt. Im linken Ventrikel ziemlich viel teils flüssiges, teils geronnenes Blut. Muskulatur des rechten Ventrikels mit Fett durchzogen, schlaff. Muskulatur des linken Ventrikels trocken, schlaff, etwas brüchig, von braunroter Farbe, mit einem Stich ins grau-gelbliche. Kehldeckel und Larynxschleimhaut geschwollen und stark rötlich verfärbt, ebenso der obere Teil der Trachea. Eitrige Bronchitis. Pleurablutungen. Linker Lungenoberlappen auf dem Durchschnitt knisternd, überall lufthaltig mit vermehrtem Saft- und Blutgehalt, linker Unterlappen ebenfalls. Rechte Lunge wie die linke. Am rechten Unterlappen die gleichen Blutaustritte in der Pleura.

Todesursache: Ungewiß. Bronchialkatarrh und Myodegeneratio cordis. An eine Luftembolie ist zu denken, ihr Vorliegen ist aber nicht zu beweisen. Kein Abgang des Foetus.

Fall 13. G. A., 31 Jahre, ledig, Verkäuferin. Gravid im 4. Monat. Anamnese nicht zu erheben. Gerichtliche Sektion am 20. 2. 1927.

Pathologisch-anatomischer Befund: Vaginalschleimhaut ohne Verletzung. Muttermund etwas gequollen, an der hinteren Hälfte sulzig-blutig durchtränkt, ohne Verletzung. Uterus äußerlich glatt und unverletzt. Im Uterus eine kleinfaustgroße, von Blutgerinnseln umgebene(!) Blase, in der sich ein 10 cm langer männlicher Foetus befindet. Die Fruchtblase ist leicht vom Uterus abzulösen(!). Bei der Eröffnung des Herzens entweicht keine Luft. In sämtlichen Herzabschnitten, besonders in den Atrien, eine ziemliche Menge dunklen, flüssigen Blutes. In den größeren Bronchialästen reichlich blutvermischter Schaum. Beide Lungen überall lufthaltig, knisternd, auf dem Durchschnitt von mäßigem Blutgehalt; in den rückwärtigen Partien etwas vermehrter Saftgehalt, hier auch mehr dunkel gefärbt.

Todesursache: Bei dem negativen Befund liegt die Annahme nahe, daß es sich um eine Herzlähmung durch Luftembolie oder um einen Schocktod handelt. Kein Abgang der Leibesfrucht.

„Neben der Embolie wird als seltenere Ursache des plötzlichen Todes bei Schwangeren nach kriminellen Eingriffen der Tod durch Schock genannt. Man nimmt an, daß bei manchen Frauen, insbesondere bei solchen, die an Herzveränderungen oder nervösen Zuständen leiden,

innerhalb, aber auch außerhalb der Schwangerschaft eine erhöhte Disposition zu Schockwirkungen bestehen kann und daß bei intensiven Reizungen des Gebärmuttereinganges durch Einführung von Instrumenten und durch Einspritzen zu heißer oder ätzender Flüssigkeiten, mitunter auch schon durch einfache Berührung beim Touchieren plötzlich Bewußtlosigkeit und Tod durch Schock erfolgen kann. Zur Erklärung dieser großen Empfindlichkeit wird auf den Reichtum an Nervengeflechten in der Umgebung des Gebärmutterhalses hingewiesen. Die Schockwirkung sieht man als eine durch Reizung peripherischer Nerven hervorgerufene Herz- und Atemlähmung mit Trübung oder völligem Schwinden des Bewußtseins an und führt sie auf eine Störung des Vasomotorenmechanismus zurück, indem man sich vorstellt, daß durch Erregung der Vasodilatatoren und Lähmung der Vasokonstriktoren eine plötzliche Blutdrucksenkung zustande kommt, die eine maximale Füllung der Bauchgefäße und infolgedessen eine Leerarbeit des Herzens mit schließlichem Herzstillstand bewirkt. Nach einer anderen, von Hendersen aufgestellten Theorie soll die tödliche Zirkulationsstörung durch verminderte Spannung der Gefäße verursacht werden, die dadurch hervorgerufen wird, daß infolge plötzlich einsetzender heftigster Schmerzen die Atmung beschleunigt und vertieft und so der Kohlensäuregehalt des Blutes zu stark herabgesetzt wird." (E. Ziemke).

„Diesen Fällen mit negativem Obduktionsbefund stehen andere gegenüber, wo örtlich an den inneren Geschlechtsteilen schwere Verbrühung festgestellt wurde und wo der heftige Sckmerzreiz die Auslösung einer tödlichen Schockwirkung wohl erklärlich machen kann" (E. Ziemke).

Fall 14. B. V., Dienstmagd, wurde beobachtet, wie sie sich nach dem Abendessen an einem versperrten Kasten beschäftigte, denselben öffnete und dann wieder verschloß, worauf sie in den Stall ging. Hier wurde sie am anderen Morgen tot aufgefunden. Ein Abtreibungs-

instrument ist bei der Leiche nicht gefunden worden. (Medizinal-komitee-Gutachten vom 4. 6. 1923, seziert in Hebertshausen.)

Pathologisch-anatomischer Befund: Da die Sektion auswärts und zu zwei verschiedenen Zeiten gemacht worden ist, so kann ein genaues Urteil nicht mehr abgegeben werden. Eine erhaltene Gravidität wurde festgestellt. Ob die Fruchtblase überall der Uterusinnenwand vollkommen angelegen hat, darüber findet sich im Sektionsprotokoll leider kein Hinweis. Entgegen der bei uns üblichen Technik wurde mit der Sektion der Kopfhöhle begonnen. Im Herzen wurde keine Luft gefunden, was jedoch ohne Bedeutung ist, da in der Zwischenzeit zwischen den beiden Sektionshälften die Luft aus dem Herzen längst entwichen sein konnte. Da der ganze Magen und das Duodenum noch reichlich in Verdauung begriffene Speisemassen - offenbar von der Abendmahlzeit herrührend - enthielt, so wird zweifellos der Tod kurze Zeit nach dem Abendessen im Stall eingetreten sein (verdächtig auf das Vorliegen einer Luftembolie!). Krankhafte Organveränderungen oder ein Hinweis auf die Einwirkung irgend eines Giftes konnten nirgends festgestellt werden. Die mikroskopisch untersuchten Gewebsstückchen aus Lunge und Niere zeigen eine starke Füllung der Blutgefäße.

Todesursache: Nachdem man alle anderen Todesursachen mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit ausschließen kann, kommt wohl nur eine Herzlähmung durch Luftembolie in Frage. Kein Abgang des Foetus.

Dieser und der folgende Fall lehren uns, daß der Tod an Luftembolie mit absoluter Sicherheit eben nur dann festgestellt werden kann, wenn man bereits bei der Leichenöffnung von vornherein an die Möglichkeit einer solchen denkt und demzufolge auch die Sektionstechnik entsprechend gestaltet. „Findet sich bei einer plötzlich verstorbenen Schwangeren bei geschlossenem Eisack eine Ablösung der Eihäute und eine Anfüllung des Zwischenraumes mit bräunlicher Flüssigkeit, so liegt die Annahme sehr nahe, daß eine Einspritzung zu Fruchtabtreibungszwecken erfolgt ist. Eine Luftembolie bei konstatierter teilweiser Ablösung der Eihäute beweist wohl gleichfalls einwandfrei ein stattgehabtes Abtreibungsdelikt: „spontane" Luftembolien sind bisher nur bei Entbundenen, nicht bei Graviden beobachtet worden. In allen Fällen muß die Obduktion der Genitalien mit großer Vorsicht geschehen, damit nicht Kunstprodukte entstehen, die den Obduzenten auf falsche Wege führen". (Richter).

Fall 15: K. B., ledig, gravid im 3. Monat, verließ abends um 7 Uhr frisch und gesund die elterliche Wohnung. In der rechten Hand unter der Schürze etwas(!) tragend, ging sie in den benachbarten Wald. ½ Stunde später kam der Geliebte M. der K. zu Bekannten und ließ sich dort etwa 1 Liter lauwarmes Wasser geben. Um 8 Uhr kam M. mit der leeren Flasche wieder zurück, wobei an seinem Wesen jedoch weiter nichts besonderes auffiel. Um 8¼ Uhr erschien M. bei den Eltern der K. mit ganz ernsthaftem Gesicht und sagte, er habe Berta getroffen, diese habe ihm gesagt, „sie gehe hinaus in den Wald und tue sich etwas an oder nehme etwas." Sofort wurde nach der K. gesucht, man fand sie tot im Walde liegen. Bei der Leiche lag die Sonntagsschürze und eine zerrissene Werktagsschürze. Ein Abtreibungsinstrument wurde nirgends gefunden. Gerichtliche Sektion im Juni 1920.

Pathologisch-anatomischer Befund: (Medizinalkomitee-Fall; die Sektion wurde auswärts gemacht, ein Sektionsprotokoll liegt nicht vor.) In der Vagina ein Streifen geronnenen Blutes, die hinteren Abschnitte der Labia majora und der Damm mit wenig geronnenem Blut beschmiert. In der Beckenhöhle 2–3 Eßlöffel schmutzig-braunrote Flüssigkeit. Eine Verletzung an der Uteruswand (Tubenecke) oder am Scheidengewölbe hat sich allerdings nicht feststellen lassen. Diese Möglichkeit ist jedoch zu erwähnen, weil beim Einspritzen einer Flüssigkeit unter Durchbohrung der Genitalorgane sehr wohl der Tod durch Herzlähmung als Schocktod eingetreten sein könnte! Im Vaginalschleim sind durch die chemische Untersuchung weder Gifte noch Seife nachzuweisen. Im Sektionsprotokoll findet sich leider keine Angabe darüber, ob die Fruchtblase, in der der 6 cm lange Foetus enthalten war, prall gespannt gefunden wurde, oder ob sie (durch den Austritt von Fruchtwasser), etwas zusammengefallen war, auch darüber nicht, ob sie nach Verletzungen untersucht wurde. Von allergrößter Wichtigkeit wäre aber auch der eigens festzustellende Befund gewesen, ob die Fruchtblase noch allseitig der Uteruswand anhaftete, oder ob sie stellenweise durch Blut, durch Flüssigkeit oder gar etwa durch Luft abgehoben gewesen ist! „Das Herz fühlt sich leicht an" heißt es weiter im Protokoll. Das ist ein wichtiger Hinweis auf das Vorhandensein einer Luftembolie, denn, wenn der rechte Ventrikel und die Art. pulm. mit Luft gefüllt sind, so fühlt das Herz sich tatsächlich auffallend leicht an. Es schwimmt sogar beim Eingießen von Wasser in den geöffneten und an den Seiten hochgehobenen Herzbeutel. Den Tod erklärende krankhafte Organveränderungen liegen nicht vor. Blut überall noch flüssig. Enorme venöse Blutüberfüllung sämtlicher Organe mit kleinsten Stauungsblutungen, zumal an der Pleura pulmonalis.

Todesursache: Es muß mit höchster Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß die K. an einem Versuch der mechanischen

Fruchtabtreibung gestorben ist. Ob der Tod dabei durch Schockwirkung oder durch Luftembolie eingetreten ist, läßt sich nicht mehr entscheiden, Keine Ausstoßung der Leibesfrucht.

Haberda schreibt über den Schocktod: „Der Eintritt des Schocktodes wird durch besondere Vulnerabilität der betreffenden Frauen, wie Veränderungen am Herzen, Hysterie usw. begünstigt und ereignet sich meist nach heftigen Reizen, wie sie durch Einspritzung von heißer, das Gewebe koagulierender Flüssigkeit oder von Ätzmitteln gesetzt werden. Die zu hohe Temperatur der Injektionsflüssigkeit setzt einerseits eine Verbrühung der Teile, andererseits eine Koagulation des Blutes in den Uterusvenen und kann dadurch schwere Erscheinungen und selbst den Tod bedingen. Man findet an der Vulva und in der Vagina das Epithel undurchsichtig weiß, abgelöst, den Schleim in der Cervix geronnen, die abgelösten Eihäute, evtl. die Placenta starr, wie gekocht, ebenso die Innenfläche des Uterus, soweit das Ei von ihr abgelöst ist. Das Blut kann durch Hitzewirkung infolge Methaemoglobinbildung bräunlich verfärbt oder durch ein koagulierendes und den Blutfarbstoff veränderndes Gift auch in Haematin verwandelt sein".

Von größter Bedeutung für den Gerichtsarzt sind die Verletzungen der Genitalien bei Abtreibungsdelikten. Sie gestatten am sichersten den Nachweis eines verbrecherischen Eingriffs. In der Literatur finden sich viele Angaben über den Mechanismus der Verletzungen und über die Pathologie der betroffenen Genitalien:

Gusikoff schreibt: Von den während der Geburt vorkommenden Verletzungen ist die Zerreißung des Uterus und die der Vagina die schwerste, welche „am häufigsten zu gerichtlichen Verfahren Anlaß gibt" (Stumpf). In vielen Fällen sind diese Verletzungen meist tödlich, und nach Klien soll die Mortalität der Kolpaporrhexis 47% betragen. Die Verletzung kann entweder während eines operativen Eingriffes (Ruptura violenta) oder im Laufe der Geburt (Ruptura spontanea) entstehen. Häufig stehen die Verletzungen der Scheide und des Uterus mit dem kriminellen

Stellen sich finden. Am inneren Muttermund sieht man nicht selten deren zwei, ja selbst drei nebeneinander. Stichverletzungen sind selten, da es ja meist stumpfspitzige Gegenstände sind, durch welche die Traumen erzeugt werden. Ein dünnes Instrument, z. B. eine Nadel, kann allerdings einen feinen Wundkanal erzeugen. Schubiger meint – er redet hier allerdings von ärztlichen Eingriffen –, daß die Perforationen beim Gebrauch der Sonde zahlreich sind, weit zahlreicher jedenfalls, als die diesbezüglichen statistischen Angaben vermuten lassen. Das hat seinen Grund in dem fast stets günstigen Verlaufe solcher Perforationen, die bei abwartendem Verhalten des behandelnden Arztes zur Heilung gelangen und somit dem Kliniker und der Öffentlichkeit unbekannt bleiben. Daß die Sondenperforationen meist gutartig verlaufen, liegt einmal in der geringen Größe des Perforationsloches, dann auch in der knopfförmigen Beschaffenheit des vorderen Sondenteils, die eine Darmverletzung nicht zuläßt.

In der Cervix sind die Wunden oft rinnenförmig und vertiefen sich – frisch betrachtet – deutlich nach oben. Durch Heilungsvorgänge werden sie zu verschieden tiefen Grübchen. Der geglättete Grund, die abgerundeten Ränder lassen erkennen, daß sie nicht frischen Datums sind.

Bei Perforationen der Uteruswand durch ein plumpes Instrument (Spritzenansatz, Curette) kann die Öffnung, wenn der Uterus entleert wird und sich zusammenzieht, sehr klein erscheinen. Am schlaffen Uterus ist sie nicht selten größer als nach Dicke und Breite des Instrumentes zu erwarten wäre. Durch Quetschung des benachbarten Gewebes, Entzündung und Erweichung der Umgebung mit nekrotischem Zerfall kann es zu großen Lücken in der Uteruswand, besonders am Fundus kommen. Durch sekundäre derartige Veränderungen können weite, klaffende Lücken entstehen, die mitunter die ganze Fundusbreite einnehmen. Ränder und Umgebung sind oft zunderartig weich und fransig. Für manche Fälle mag die Ursache des Gewebszerfalles in einer umfänglichen

Quetschung, in anderen in einer Zerwühlung durch eingetretene Flüssigkeit (Lessner zit. nach Haberda) liegen, meist spielt dabei septische Erweichung und Einschmelzung des Gewebes eine Rolle. Diese führt oft erst zu völliger Perforation an der Stelle der Verletzung. Analoge Vorgänge können an der Cervix zu zirkulärem Gewebszerfall führen. Jedenfalls lehrt die Erfahrung, daß man aus der Form der bei mechanischer Fruchtabtreibung vorkommenden Verletzungen kaum je auf Form, Länge und Dicke des verletzenden Werkzeuges und – wenn nicht Spuren primärer Gewebsnekrosen durch eine eingespritzte ätzende Flüssigkeit sich finden – auch nicht darauf schließen kann, ob ein solides Instrument eingeführt oder eine Injektion gemacht worden war. Grobe Werkzeuge oder der Finger machen schon primär unregelmäßige Läsionen der betreffenden Teile. Die Verletzungen selbst führen meist nur, wenn sie perforieren, zum Tode, besonders, wenn noch Organe der Nachbarschaft oder der freien Bauchhöhle mit verletzt worden sind. Erliegt die Frau einer septischen Allgemeininfektion, so sind als Ausgangsstelle nicht immer eventuell vorhandene Verletzungen erweislich. Manchmal allerdings sieht man in der Umgebung von Verletzungen am Inneren Muttermund Abszeßbildung in der Uteruswand mit eitrig eingeschmolzenen Thromben in den Gefäßen,

Am Uterus ist meist die Hinterwand betroffen, in der Gegend des inneren Muttermundes nicht selten die Seitenteile. Hier gehen die Wunden durch die Schleimhaut verschieden tief in die Muskularis hinein, perforieren aber selten. Es kann die Bauchhöhle vom Scheidengewölbe oder vom Uterus, auch von der Blase aus eröffnet sein. Selbst Verletzungen von Bauchorganen kommen nach der Perforation des Uterus vor mit raschem Tod durch Verblutung – in einem Falle von Raynard (zit. nach Haberda) infolge Eröffnung der rechten Arteria hypogastrica –, oder der Tod tritt ein durch peritonealen Schock bei Einspritzung von Flüssigkeit in den Bauchraum. Bei der anatomischen Untersuchung des Uterus

Stellen sich finden. Am inneren Muttermund sieht man nicht selten deren zwei, ja selbst drei nebeneinander. Stichverletzungen sind selten, da es ja meist stumpfspitzige Gegenstände sind, durch welche die Traumen erzeugt werden. Ein dünnes Instrument, z. B. eine Nadel, kann allerdings einen feinen Wundkanal erzeugen. Schubiger meint – er redet hier allerdings von ärztlichen Eingriffen –, daß die Perforationen beim Gebrauch der Sonde zahlreich sind, weit zahlreicher jedenfalls, als die diesbezüglichen statistischen Angaben vermuten lassen. Das hat seinen Grund in dem fast stets günstigen Verlaufe solcher Perforationen, die bei abwartendem Verhalten des behandelnden Arztes zur Heilung gelangen und somit dem Kliniker und der Öffentlichkeit unbekannt bleiben. Daß die Sondenperforationen meist gutartig verlaufen, liegt einmal in der geringen Größe des Perforationsloches, dann auch in der knopfförmigen Beschaffenheit des vorderen Sondenteils, die eine Darmverletzung nicht zuläßt.

In der Cervix sind die Wunden oft rinnenförmig und vertiefen sich – frisch betrachtet – deutlich nach oben. Durch Heilungsvorgänge werden sie zu verschieden tiefen Grübchen. Der geglättete Grund, die abgerundeten Ränder lassen erkennen, daß sie nicht frischen Datums sind.

Bei Perforationen der Uteruswand durch ein plumpes Instrument (Spritzenansatz, Curette) kann die Öffnung, wenn der Uterus entleert wird und sich zusammenzieht, sehr klein erscheinen. Am schlaffen Uterus ist sie nicht selten größer als nach Dicke und Breite des Instrumentes zu erwarten wäre. Durch Quetschung des benachbarten Gewebes, Entzündung und Erweichung der Umgebung mit nekrotischem Zerfall kann es zu großen Lücken in der Uteruswand, besonders am Fundus kommen. Durch sekundäre derartige Veränderungen können weite, klaffende Lücken entstehen, die mitunter die ganze Fundusbreite einnehmen. Ränder und Umgebung sind oft zunderartig weich und fransig. Für manche Fälle mag die Ursache des Gewebszerfalles in einer umfänglichen

Quetschung, in anderen in einer Zerwühlung durch eingetretene Flüssigkeit (Lessner zit. nach Haberda) liegen, meist spielt dabei septische Erweichung und Einschmelzung des Gewebes eine Rolle. Diese führt oft erst zu völliger Perforation an der Stelle der Verletzung. Analoge Vorgänge können an der Cervix zu zirkulärem Gewebszerfall führen. Jedenfalls lehrt die Erfahrung, daß man aus der Form der bei mechanischer Fruchtabtreibung vorkommenden Verletzungen kaum je auf Form, Länge und Dicke des verletzenden Werkzeuges und – wenn nicht Spuren primärer Gewebsnekrosen durch eine eingespritzte ätzende Flüssigkeit sich finden – auch nicht darauf schließen kann, ob ein solides Instrument eingeführt oder eine Injektion gemacht worden war. Grobe Werkzeuge oder der Finger machen schon primär unregelmäßige Läsionen der betreffenden Teile. Die Verletzungen selbst führen meist nur, wenn sie perforieren, zum Tode, besonders, wenn noch Organe der Nachbarschaft oder der freien Bauchhöhle mit verletzt worden sind. Erliegt die Frau einer septischen Allgemeininfektion, so sind als Ausgangsstelle nicht immer eventuell vorhandene Verletzungen erweislich. Manchmal allerdings sieht man in der Umgebung von Verletzungen am Inneren Muttermund Abszeßbildung in der Uteruswand mit eitrig eingeschmolzenen Thromben in den Gefäßen,

Am Uterus ist meist die Hinterwand betroffen, in der Gegend des inneren Muttermundes nicht selten die Seitenteile. Hier gehen die Wunden durch die Schleimhaut verschieden tief in die Muskularis hinein, perforieren aber selten. Es kann die Bauchhöhle vom Scheidengewölbe oder vom Uterus, auch von der Blase aus eröffnet sein. Selbst Verletzungen von Bauchorganen kommen nach der Perforation des Uterus vor mit raschem Tod durch Verblutung – in einem Falle von Raynard (zit. nach Haberda) infolge Eröffnung der rechten Arteria hypogastrica –, oder der Tod tritt ein durch peritonealen Schock bei Einspritzung von Flüssigkeit in den Bauchraum. Bei der anatomischen Untersuchung des Uterus

ist zu bedenken, daß ausnahmsweise auch metrophlebitische Wandabszesse oder ein Douglasabszeß in das Lumen des Uterus oder in das Scheidengewölbe perforieren und daß die so entstandenen Löcher Wunden vorzutäuschen vermögen. Ein durch eine zu ärztlichen Untersuchungszwecken angelegte Kugelzange erzeugter Kanal in der Portio vaginalis kann auch einmal für eine Stichverletzung durch ein behufs krimineller Fruchtabtreibung eingeführtes Instrument gehalten werden. Ebenso können durch Curettement rinnenförmige Wunden in der Cervix gesetzt werden. Bei Uterusausräumungen aus ärztlicher Indikation heraus werden zuweilen auch Verletzungen am Uterus erzeugt oder bereits vorhandene verändert. Die diagnostische Verwertung solcher Befunde für die Behauptung einer kriminellen mechanischen Fruchtabtreibung ist daher nur möglich, wenn eine anderweitige Provenienz ausgeschlossen ist.

In den frühen Schwangerschaftsmonaten, in denen die Abtreibung geschieht, wird kaum an die Möglichkeit einer spontanen Uterusruptur zu denken sein. „Cervixrisse jedoch kommen nicht nur bei rechtzeitigen Geburten, sondern auch bei frühzeitigen zustande und werden auch nach v. Winckel's Ansicht bei Aborten vom 3. Monat ab nicht oft vermißt. Rigidität der Portio steht zu den Cervixrissen in engster Beziehung. Destruktionen der Wand, follikuläre Degeneration, tiefgreifende Geschwüre, Cervixkarzinom praedisponieren gleichfalls. Praedilektionsstellen der Cervixrupturen sind die beiden seitlichen Wandungen, wo auch physiologischerweise vorkommende kleine Einrisse sich befinden, wie sie bei jeder Geburt beobachtet werden. Weshalb die Risse meist seitlich liegen, läßt sich aus den mechanischen Verhältnissen nicht ohne weiteres erklären; anatomisch beruht dies darauf, daß das Gewebe der seitlichen Partien in der Umgebung der großen Gefäße und Venenplexus im Verlauf der Gravidität succulent und aufgelockert und infolgedessen weniger widerstandsfähig ist. Im allgemeinen sind die Cervixrupturen einseitig, und zwar scheinen die

linksseitigen an Häufigkeit zu überwiegen" (Baumbach). Spontane Uterusrupturen ereignen sich meist erst in den späteren Schwangerschaftsmonaten, wenn Narben von früheren Verletzungen bestehen, oder wenn infolge pathologisch-anatomischer Veränderungen in der Uteruswand eine besondere Zerreißlichkeit des Gewebes vorhanden ist. Solche Veränderungen begünstigen auch den Eintritt von traumatischen Perforationen bei Abtreibungen und bei operativer Uterusausräumung wegen eines Abortus oder nach einem solchen.

Bei Fruchtabtreibungen durch Einspritzungen in die Vagina sowohl als in den Uterus können außer Verletzungen und septischer Infektion auch Verbrühungen oder Verätzungen mit nachfolgender Verödung des Uteruscavums oder Stenose der Vagina entstehen. Frank (zit. nach Haberda) beschreibt z. B. eine Stenose der Vagina nach einem Abtreibungsversuch durch konzentrierte Karbolsäure. Die Frage, ob durch forcierte Injektionen Uterusrupturen entstehen können, ist noch nicht entschieden. Coutagne (zit. nach Haberda) ist der Ansicht, daß Injektionen mit irritierenden Flüssigkeiten durch entzündliche Erweichung des Gewebes nachträglich, namentlich unter dem Einflusse der Wehen, zur Uterusruptur führen können, und meint, daß einzelne der in der Literatur als während der Schwangerschaft durch gangränöse Entzündung entstandene Spontanrupturen angeführten Fälle in letztere Kategorie gehören dürften.

Nach Kratter's Ansicht entstehen die Verletzungen der inneren Genitalien hauptsächlich durch ungeschickt ausgeführten „Eihautstich", aber auch durch eingeführte und mitunter gewaltsam eingebohrte stumpfe Werkzeuge. Im ersteren Falle haben die Verletzungen den Charakter von Stich-, seltener von Schnittwunden, in Form feiner Kanäle oder Rißen der Vaginal- bezw. Uteruswand; im zweiten Falle liegen gequetschte und gerissene Wunden vor. Die instrumentellen Verwundungen befinden sich in der Vagina zumeist im hinteren Scheidengewölbe, im Uterus entweder in der Cervix, in der Gegend des inneren Muttermundes

oder an der hinteren Wand des Uteruscavums, seltener am Fundus uteri. Forensisch-medizinisch wichtig ist es, daß der Muttermund, das Collum uteri und die Innenfläche des Uterus bei Verletzungen nur wenig empfindlich sind, und daß, wenn Instrumente vorsichtig eingeführt werden, weder Schmerzen noch andere Empfindungen wahrgenommen werden. Wohl aber wird es unangenehm empfunden, wenn der Uterus einer Zerrung ausgesetzt ist. Die Vagina ist empfindlicher. Instrumente, die an ihr ansetzen, werden als Stich empfunden.

Lewin verzeichnet als wichtigste Abtreibungsverletzungen Rißwunden an der Portio vaginalis, Läsionen der Cervixhöhle, Perforationen des Scheidengewölbes mit Eindringen des Instrumentes in die Bauchhöhle und Perforationen des Uterusfundus.

Über den anatomischen Sitz der Genitalverletzungen schreibt Fritsch folgendes: „Ein gerades Instrument perforiert den Uterus etwas tiefer als am inneren Muttermunde, mehr im Cervikalkanal, oder es perforiert das hintere Scheidengewölbe. Gebogene Instrumente verletzen bei anteflektiertem Uterus – ein gravider Uterus liegt meistens anteflektiert – die hintere Uteruswand ungefähr in der Gegend des Inneren Muttermundes, wenn sie beim Einführen nicht entsprechend gesenkt werden. Häufig sind auch Verletzungen der hinteren Vaginalwand. Perforationen des Funduns uteri sind seltener, doch es kommt nur auf die zufällige Lage des Uterus an, um sie zu bewirken. Da bei einer liegenden Schwangeren der Uterus nach hinten abwärts fällt, da er rund und seine Höhle weit ist, gelangt das Instrument durch den inneren Muttermund leicht in das Cavum uteri."

Witt berichtet über die gleichen Erfahrungen: Bei Anteflexio wird die Hinterwand des Uterus durchbohrt; so ist es typisch bei von Laien unternommenen Abtreibungsversuchen. Geradezu umgekehrt sind die Verhältnisse bei einer Retroflexio: hier wird die Vorderwand perforiert. Bei nicht genau festgestellter Größe des Uterus ist die Möglichkeit für ein zu tiefes Eindringen des Instrumentes

und damit zu einer Perforation des Fundus gegeben. Jedes tiefe Eingleiten der Sonde bedeutet nach Straßmann eine Perforation. In 7 Fällen der von Witt beschriebenen 39 Perforationen des abortierenden Uterus lag die Perforation in nächster Nähe des inneren Muttermundes. „Die Erklärung hierfür liegt in den physiologischen oder pathologischen Krümmungen, die hier die Uterusachse bilden" (Witt).

Allerdings müssen für eine Perforation mit Instrumenten oder mit dem Finger wohl besonders praedisponierende Momente verantwortlich zu machen sein: entweder die Anwendung roher Gewalt – darauf führt Chrobak (zit. nach Witt) das gehäufte Auftreten von Perforationen zurück –, oder die Uteruswand ist in ihrer Widerstandskraft durch pathologisch-anatomische Vorgänge geschädigt. Die Gravidität macht schon physiologisch die Uteruswand weicher und resistenzloser, Eigenschaften, die durch septische und andere Infektionen noch vergrößert werden können.

Jetzt folgt eine Reihe von Fällen mit typischen Abtreibungsverletzungen:

Fall 1. St. A., 23 Jahre, ledig, Kellnerin, wurde am 16. 10. 1918 im Krankenhause aufgenommen. Dort gab sie an, sie sei aus der Trambahn herausgefallen. Später gestand sie ein, daß am 15. 10. von einem Arbeiter H. die Abtreibung vorgenommen worden sei. H. habe Kernseife abgeschabt, sie in Wasser aufgelöst und mit einem Gummiballon eingespritzt. Am 17. 10. Laparotomie: Bereits eitrige Thrombophlebitis, Peritonitis, rechtsseitige Perforation des Uterus an der Tubenecke. Uterusexstirpation. Exitus am 19. 10. 1918. Gerichtliche Sektion am 21. 10. 1918.

Pathologisch-anatomischer Befund: Rechtes Labium majus etwas aufgelockert und vergrößert. Innere Genitalien operativ entfernt, nach dem Operationsbericht ist der Uterus an der rechten Tubenecke perforiert. Die rechte Vena iliaca communis ist mit einem der Wand zum Teil fest anhaftenden schwarzen Blutpfropf gefüllt, von dem aus auch ins Becken herunter mit Blutpfröpfen gefüllte Venen festzustellen sind. Bis zur Vena cava inferior sind die Venen gefüllt, während sich in dieser selbst nur schwarzrote, lockere Massen finden. Schleimhaut des Dünn- nnd Dickdarmes vielfach gequollen und graugrün verfärbt. Im Längsblutleiter des Gehirns locker sitzende rötliche Gerinnsel.

Todesursache: Akute eitrige Peritonitis, hervorgerufen durch die Perforation des graviden Uterus mit einem wahrscheinlich sondenartigen Instrument.

Fall 2. Z. K., 25 Jahre, ledig, Hilfsarbeiterin, gestorben im Krankenhaus. Die Z. soll im 6. Schwangerschaftsmonat gewesen sein und sich von einer Hebamme mehrmals eine Sonde in den Uterus haben einführen lassen, worauf ein Abortus erfolgte. Gerichtliche Sektion am 2. 4. 1919.

Pathologisch-anatomischer Befund: Am hinteren Teil des Scheideneinganges findet sich reichlich schmierige, etwas gelbliche, übelriechende Flüssigkeit. Die Innenfläche der Labia majora und minora ist stark bläulich verfärbt. In der Vagina übelriechender, blutiger Schleim. Vaginalschleimhaut grau-schwärzlich verfärbt, an einzelnen Stellen finden sich scharf abgegrenzte, von rötlichem Hof umgebene, mißfarbige Beläge. In der Mitte des hinteren Scheidengewölbes neben dem Muttermund liegt eine umschriebene etwa erbsengroße Stelle, die eine Verletzung zu sein scheint und die etwas schmierig belegt ist. Cervixschleimhaut ebenfalls mißfarbig belegt. Die Uterushöhle zeigt eine dunkelrote, aufgelockerte Schleimhaut und an verschiedenen Stellen noch kleine oberflächliche Beläge. Im obersten Teil des Uterus eine stark zottige Stelle in Größe eines Handtellers, die offenbar dem Placentaransatz entspricht. An der rechten Seite am Übergang der Cervix in den Uterus und am Corpus uteri größere, mit stinkendem Eiter gefüllte, offenbar aus Blut- oder Lymphräumen hervorgegangene Herdchen. In der Tiefe des Beckens etwas rötliche, trübe Flüssigkeit. Pleuritis exsudativa Pleuraempyem. Pericarditis. Multiple Eiterherde in den Lungen. Oesophagitis und starke Gastritis. Nebennieren stark überquellend, ebenso die Nieren.

Todesursache: Septico-Pyaemie, ausgehend von Abszessen in der rechten Uteruswand und von einer entzündeten Verletzungsstelle in der Mitte des hinteren Scheidengewölbes. Abgang des Foetus.

Fall 3. v. J. E., 22 Jahre, ledig, Privatsekretärin. Am 1. 4. 1925 stellten sich angeblich Blutungen sowie schlechtes Allgemeinbefinden ein. In einer gynaekolog. Heilanstalt wurden schwere Verletzungen der inneren Genitalien und eine zunehmende Darmparalyse festgestellt. Ein Foetus aus dem 6. Monat, angeblich schon längere Zeit abgestorben, soll entfernt worden sein. Auf dem Totenbette gab die v. J. noch an, daß sie sich selbst Spülungen(?) mit einer Frauendouche gemacht habe. Eine solche Frauendouche aber mit dem gewöhnlichen dicken Ansatzstück und mit etwas Blut daran wurde offen in ihrem Nachttischkästchen gefunden. Exitus am 5. 4. 1925. Gerichtliche Sektion am 6. 4. 1925.

Pathologisch-anatomischer Befund: Blutiger Ausfluß aus den Genitalien, etwa 100 ccm Blut. (Auch auf dem Leichenwagen, auf dem die Leiche bis zur Sektion lag, befand sich mindestens 200 ccm

Blutflüssigkeit). Oedem der hypertrophischen kleinen Labien. Beginnende fibrinöse Peritonitis mit ca. 600 ccm blutiger Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Status puerperalis uteri nach Gravidität im 6. Monat. Über haselnußkerngroße Perforation des vorderen Scheidengewölbes nach der Excavatio vesicouterina mit breitem, zerrissenem Defekt im Peritoneum. Von dieser Stelle gelangt man auch direkt nach oben und etwas nach hinten in den Cervikalkanal. Eine Verletzung eines größeren Blutgefäßes an der Perforationsstelle läßt sich nicht nachweisen. Bei der Eröffnung der Cervix zeigt sich zunächst der ganze Äußere Muttermund mehrfach zerrissen, stinkend und zundrig zerfallen. Fetzige Zerreißung und Verjauchung der Portio vaginalis. Verjauchung der Verletzungen. Ferner findet sich der ganze Cervikalkanal erweitert und mit schwarz-braunen stinkenden Massen erfüllt. Auf der Schnittfläche, die die Hinterwand spaltet, werden zwei brandige Eiterhöhlen eröffnet, von denen die eine, fast haselnußgroß, in der vorderen Muttermundslippe gelegen ist, während eine zweite, eitrig-gelblich umsäumte, mit brandig zundrigen Massen gefüllte Höhle in der Hinterwand der Cervix, am Übergang derselben in das Corpus uteri, sich befindet. Diese Höhle steht, soweit sich das noch festsellen läßt, im Zusammenhang mit der Cervix nach unten, wie auch nach oben. Auch das Cavum uteri ist gefüllt mit einer schwarz-braunen, schmierigen, übelriechenden Masse. Größere Placentarreste sind mit Sicherheit nicht nachweisbar. Blase unverletzt, obere Blasenwand etwas grau gequollen. In der Blase mehrere ccm dicken eitrigen Urins. Corpus luteum graviditatis im linken Ovarium. Darmparalyse. Hochstand des Zwerchfells. Verfettung der Leber, Massenhaft Streptokokken in den fibrinösen Belägen der Leber. Trübe Schwellung der parenchymatösen Organe mit beginnender Fäulnis. Oedem der Lungen.

Todesursache: Peritonitis nach Perforation des vorderen Scheidengewölbes und Zerreißung der Portio. Kein Abgang des Foetus.

Fall 4. D. K., 26 Jahre, ledig, Packerin. Anamnese nicht zu erheben. Gerichtliche Sektion am 26. 5. 1920.

Pathologisch-anatomischer Befund: In der Vagina übelriechende bräunliche Flüssigkeit. In der vorderen Vaginalwand mehrere Eiterherdchen. Dicht neben dem äußeren Muttermund, rechts, eine etwa erbsengroße, eitrig belegte, trichterförmige Einsenkung, von der man mit der Sonde 1,5 cm tief nach oben gelangt. In der linken Cervixwand eitergefüllte Gänge. Uterus ohne Inhalt, erheblich vergrößert, entspricht einer Gravidität in den ersten Monaten. Sein Peritonealüberzug zeigt an der Oberfläche und an den Seitenkanten zum Teil schon etwas anhaftende schmierige Beläge. Links zwischen Lig. lat. und seitlicher Leibeshöhlenwand eine stärkere Eiteransammlung und eitrige Fibrinbeläge. Uterus enthält stinkende eiterige Flüssigkeit und eine dicke Auflagerung mißfarbiger Massen. Im linken eitrig belegten Ovarium eine eitergefüllte haselnußgroße Höhle (vereitertes

Corp. lut. verum?). Blasenschleimhaut stark aufgelockert. An der hinteren Blasenwand in der Umgebung des rechten Uretereintrittes bis zum Orificium urethrae internum schwere Entzündung mit zahlreichen kleinen in der Schleimhaut gelegenen Eiterherdchen. In der Tiefe des Beckens ca. 80 ccm trüben, dünnflüssigen, gelben Eiters. Im Abstrich des Beckeneiters eine reichhaltige Bakterienflora, darunter meist Staphylokokken und auch Diplococcen. Pericarditis. Pleuritis sero-fibrinosa. Multiple Lungenabszesse und Lungenödem. Septischer Milztumor, schmierig belegt. Leber zeigt Muskatnußzeichnung. Nebennieren und Nieren vergrößert, in den letzteren Zeichnung verwaschen.

Todesursache: Pyaemie (vor allem die Lungenlappen befallen), ausgehend von einer rechts vom äußeren Muttermund befindlichen vereiterten Verletzung. Der Abortus war offenbar 2–3 Wochen vor dem Exitus eingetreten.

Fall 5. N. Th., 32 Jahre, Gravidität im 7. Monat! Abortus. Durch wen die Abtreibung erfolgt ist, ist nicht zu ermitteln. Gerichtliche Sektion am 16. 12. 1920.

Pathologisch-anatomischer Befund: Große aus der Portio hervorgehende Gangränhöhle – ähnlich einem verjauchten Portiokarzinom – mit Übergang auf die Cervix. (Mikroskopisch: kein Karzinom. Starke oberflächliche Gangrän mit maximaler Füllung der Gefäße, Stase und Thrombose. Leukocyteninfiltration). Fortgeleitete jauchige Endometritis. Zweite Verletzungsstelle an der linken Hälfte des vorderen Scheidengewölbes mit kanalförmigem Gang im retrovesicalen Gewebe und brandiger Entzündung der Wundränder. Hühnereigroßes Infiltrat im linken Parametrium mit Phlegmone und eitriger Lymphangitis daselbst. Sekundäre rechtsseitige eitrige Salpingitis und davon ausgehende noch regionäre eitrig-fibrinöse nöse Peritonitis. Übergreifen der Entzündung auf die Ureterenmündungen, besonders linksseitig, mit totalem Verschluß des linken Ureters und submucösen miliaren Abszessen in der Harnblase in der Gegend der linken Uretereinmündung. Status puerperalis des Uterus (etwa dem 7. Monat! entsprechend) im Zustande nach abgelaufenem Abortus. Septischer Milztumor. Hypostase und Oedem der Lungen. Parenchymatöse Degeneration der Leber, der Nieren und des Herzmuskels. Nebennieren stark entfettet, fibrinöse Entzündung der Innenfläche der Dura mater. Oedem der Pia mater und des Gehirns. Bei der bakteriologischen Untersuchung finden sich haemolysierende Streptococcen und Diplococcen.

Todesursache: Sepsis, ausgehend von zwei Verletzungsstellen an der Portio und im linken vorderen Scheidengewölbe. Abgang des Foetus.

Fall 6. W. M., 25 Jahre, ledig, Krankenpflegerin, Anamnese nicht zu erheben. Gerichtliche Sektion am 15. 2. 1921.

Pathologisch-anatomischer Befund: In der Vagina dünnflüssige, mißfarbige, übelriechende Flüssigkeit. Im rechten vorderen

Scheidengewölbe eine etwa linsengroße, schwärzlich verfärbte Stelle, die aber bei Lupenbetrachtung keinen Defekt erkennen läßt. Die hintere Muttermundslippe zeigt eine flächenhafte, grau-schwärzliche Verfärbung, keine Verletzung. In der linken Seite der Cervix eine schmierig belegte, nach oben und außen führende Verletzungsstelle. Außerdem dicht dahinter in der Cervixwand ein spaltförmiger, mißfarbiger kleiner Raum, ebenfalls etwas mit Eiter belegt. Größe des Uterus entspricht etwa einer Gravidität anfangs des 3. Monats. Im Cavum uteri grau-grüner, stinkender Eiter. Es findet sich in der Uteruswand selbst nur in der Umgebung der oben genannten Verletzungsstellen eine mißfarbige Beschaffenheit, keine eitrige Durchtränkung, während sonst die Uteruswand hellrötlich-saftig und frei von Veränderungen erscheint. An der Vorderwand des Fundus uteri befindet sich die etwa markstückgroße Placentaransatzstelle. Starke Quellung beider Tuben, schmierige Fibrinbeläge. Zwischen Blase und vorderer Uteruswand eine größere Eiteransammlung. Diffuse eitrige Peritonitis. Pleuritis exsudativa. Lungenödem. Pericarditis. Septischer Milztumor. Parenchymatöse Degeneration der Nieren und der Leber.

Todesursache: Eitrige Peritonitis und Sepsis, ausgehend von zwei Cervixverletzungen. Foetus abgegangen.

Fall 7. St. M., 21 Jahre, ledig, Kontoristin. Über die Vorgeschichte ist nichts Näheres zu erfahren. Gerichtliche Sektion am 28. 10. 1921.

Pathologisch-anatomischer Befund: In der Vagina übelriechendes Sekret. Vaginalschleimhaut mit mißfarbigen Auflagerungen versehen. Muttermund zerrissen und zerfallen, wobei besonders ein größerer Einriß in der rückwärtigen Partie auffällt. Uterusgröße etwa einer Gravidität im 3. Monat entsprechend. Das Cavum uteri ist mit dickem, bräunlichem, äußerst übelriechendem Inhalt gefüllt, die Schleimhaut überall nekrotisch, grau und mißfarben erweicht. Linke Tube und linkes Ovarium stärker geschwollen. Harnblasenentzündung. In der linken Vena fermoralis bezw. Vena iliaca externa, im Beckenraum gelegen, ein dunkelroter Thrombus. Diffuse eitrige Peritonitis. Hypostase der Lungen. Vereinzelte Lungenabszesse. Septischer Milztumor. Parenchymatöse Degeneration beider Nieren. Auf der Oberfläche der rechten Niere eine Reihe kleiner, rundlicher Abszesse.

Todesursache: Eitrige Peritonitis und Sepsis, ausgehend von einer vermutlich durch Abtreibung entstandenen Zerreißung des Orificium ext. uteri. Abgang des Foetus.

Fall 8. S. A., 23 Jahre, ledig, Stütze. Gravidität im 3. Monat. Unter der Diagnose „incompleter fieberhafter Abort" in die Frauenklinik eingeliefert. Hier Operation: Douglasdrainage. Exitus. Gerichtliche Sektion am 18. 4. 1923.

Pathologisch-anatomischer Befund: Drainageloch im hinteren Scheidengewölbe (Douglasdrainage). Rinnenförmige Verletzung – 4 cm lang, 5 mm breit, 1,5 mm tief – an der Hinterwand des Cervikalkanals (2 cm hinter dem Äußeren Muttermund

beginnend) und des unteren Teiles des Uteruskörpers. Fundus uteri mit dem Colon sigmoideum verklebt. Schmierig-eitrige Auflagerungen der ganzen Uterusschleimhaut, besonders im Fundus. Chronische beiderseitige Salpingitis mit derben Verwachsungen. Subacute, diffuse, eitrig-fibrinöse Peritonitis mit festen Verklebungen und Verwachsungen der Beckenorgane, sowie des Coecums und der Appendix. Septische Milzschwellung, Hyperaemie und Oedem der Lungen.

Todesursache: Subacute eitrige Peritonitis, ausgehend von einer Verletzung der hinteren Cervixwand, die vielleicht hervorgerufen ist durch ein Einspritzungsinstrument. Abgang des Foetus.

Fall 9. H. L., 18 Jahre, ledig, Näherin, gravid im 4. Monat. Am 8. 12. 1921 unternahm der Freund ihres Geliebten einen Abtreibungsversuch: welcher Art ist nicht bekannt. Die H. erkrankte sofort schwer, so daß sie in die Klinik aufgenommen werden mußte. Hier ging am 10. 12. ein 13 cm langer Foetus ab. Therapeutische Eingriffe in der Klinik: 2 Abrasiones, Colpotomie (operative Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes, Douglasdrainage). Am 3. 1. 1922 Exitus unter peritonitischen Erscheinungen. Gerichtliche Sektion am 4. 1. 1922.

Pathologisch-anatomischer Befund: Oedem des linken Labium minus mit einem dicken, gelblichen, schmierigen, leicht abnehmbaren Fibrinbelag. An der hinteren Muttermundslippe ein etwa haselnußkerngroßer Eiterherd. Dissezierende eitrige Myometritis mit Durchbruch eines Abszesses an der Uterusvorderwand, am Übergang der Cervix zum Corpus, nach dem linken Parametrium. Eitrige Thrombophlebitis der regionären Venengeflechte über die linke Vena hypogastrica fortgeleitet bis über die Einmündung in die Vena iliaca communis sin. hinaus. Ausgedehnte Fibrinverklebungen im Douglasschen Raum. Metastatische Abszesse im Herzmuskel, in Milz und Leber, in den Lungen und Nieren, im rechten Sternoclaviculargelenk. Im Eiter reichlich Streptococcen. Pleuritis serofibrinosa.

Todesursache: Septico-Pyaemie, wahrscheinlich ausgehend von einem Abszeß in der hinteren Muttermundslippe und einem Abszeß in der Vorderwand des Uterus (vereiterte Verletzung?). Abgang des Foetus.

Fall 10. L. H., 42jähr. Frau, machte sich wegen vermeintlicher Gravidität selbst eine Einspritzung. 3 Wochen später wurde sie, damals schon zeitweise benommen, wegen septischer Erkrankung in die Klinik eingeliefert. Dort Exitus. Gerichtliche Sektion am 10. 2. 1926.

Pathologisch-anatomischer Befund: In der Hinterwand der Cervix, etwa 1 cm über dem Äußeren Muttermund, eine nach oben spitzwinkelig auslaufende, etwa 2 cm lange, tiefe Rinne. Auf der hinteren Innenwand des Uterus, etwas oberhalb des Inneren Muttermundes beginnend, ein schmieriger, dunkelgrüner Belag, der eine zweite, nach oben bis zum Fundus uteri reichende Rinne verklebt. Lokale Endometritis im Fundus. In der linken Uteruskante

scheinen Placentarreste zu sitzen. An der Hinterwand des Fundus uteri ein in das Rektum durchgebrochener wallnußgroßer Abszeß, der aber keinen direkten Zusammenhang mit dem Uterus oder einer Perforationsverletzung zeigt. Thrombophlebitis der rechten Vena spermatica interna mit Bildung eines über walnußgroßen Eitersackes nahe dem Ovarium. Adhaesion des Netzes an Uterus und Rektum. Vereinzelte metastatische Lungenabszesse mit beginnender Pleuritis über den Abszessen. Hochgradiges Lungenödem. Septischer Milztumor.

Todesursache: Septico-Pyaemie, ausgehend von fraglichen Verletzungen der Hinterwand der Cervix und des Corpus uteri und Cavuminfektion durch die Einspritzung.

Fall 11. B. F., Gravidität im 3. Monat. Vermutlich Ende Oktober 1925 Abtreibungseingriff durch eine Hebamme. Einige Tage darauf Auskratzung durch einen Arzt. Am 16. 11. 1925 Einweisung in die Gynaekologische Klinik. Exitus am 28. 12. 1925. Gerichtliche Sektion am 29. 12. 1925.

Pathologisch-anatomischer Befund: Erbsengroße Verletzungsstelle rechts am Inneren Muttermund (ob vom Abtreibungseingriff oder vom ärztlichen Eingriff herrührend, ist nicht zu entscheiden). Reichliche eitrige Fibrinauflagerung auf dem Uterus und den Adnexen. Walnußgroße vereiterte rechtsseitige Ovarialcyste. Subacute eitrig-fibrinöse Peritonitis, besonders im Bereich des Kleinen Beckens, mit ausgedehnten Verklebungen der Bauchorgane, teilweise mit beginnender Organisation. Teilweise Paralyse des Dünndarmes. Fettleber. Leichte Milzschwellung. Beginnende fortgeleitete fibrinöse Pleuritis an beiden Lungenunterlappen. Lungenödem.

Todesursache: Subacute Peritonitis, ausgehend von einer Verletzung rechts am Inneren Muttermund. Abgang der Leibesfrucht.

Fall 12. F. M., 35 Jahre, Söldnerfrau, gravid gegen Ende des 3. Monats, wurde durch eine Freundin an einen Arzt „empfohlen", der mehrere Eingriffe machte (nach den Angaben des Arztes habe er eine „Eierstocksentzündung" diagnostiziert). 9 Tage nach dem 1. Eingriff ging ein Foetus ab, 1 Tag nach dem Abortus kam die F. ad exitum. Sektion der exhumierten Leiche am 25. 1. 1923 (Au bei Freising) – 26 Tage nach dem Tode.

Pathologisch-anatomischer Befund: Vaginalschleimhaut von grauroter Farbe, ebenso die Blasenschleimhaut. Am Übergang der Cervix in das Corpus uteri, in der Hinterwand, 5 cm oberhalb des Äußeren Muttermundes eine schon stark fetzige und erweichte Öffnung mit erweichten Rändern, für den Daumen durchgängig. Auf der Außenseite der Uterushinterwand ist das Loch entsprechend ebenfalls fetzig umgrenzt und zeigt einzelne längere, spangenartige Gefäßbrücken. In der Umgebung dieses Loches keine Fibrinbeläge des Peritonealüberzuges, der überall, wie die ganzen Organe, dunkel gerötet ist. Auf der Höhe des Corpus uteri geringe, aber anscheinend schon ältere Fibrinauflagerungen. Mikroskopisch kann in

der Umgebung der Perforationsstelle am Corpus trotz fortgeschrittener Fäulnis noch mit ziemlicher Sicherheit eine eitrige Durchsetzung der Lochränder festgestellt werden, die sich ziemlich weit in die Uteruswand hineinerstreckt und zu einem Zerfall derselben geführt hat. Von ihr ist offenbar die Peritonitis ausgegangen – es lassen sich gerade in diesem Bereich mikroskopisch massenhafte Bakterienhaufen nachweisen.

Da der beschuldigte Arzt nach seiner Angabe schon zu Lebzeiten der F. eine „kraterförmige Vertiefung" hat feststellen können, so kann man wohl annehmen, daß dieser entzündliche Zerfallsherd an der Grenze zwischen Cervix und Corpus uteri erst bei der Auslösung der inneren Genitalien zur vollkommenen Perforation geführt hat.

Peritonitis, besonders im kleinen Becken; dortselbst ein Eßlöffel voll dunkelroter, blutig gefärbter Flüssigkeit. Septischer Milztumor. Stauungsleber.

Todesursache; Sepsis ausgehend von einem eitrigen Einschmelzungsherd (Verletzung?) an der Hinterwand der Cervix beim Übergang in das Corpus uteri. Ausstoßung des Foetus.

Fall 13. S. K., 24 Jahre, Klaviermacherswitwe. Im 4. Monat gravid. Am 22. 7. 1918 Einführung eines Instrumentes (Katheter? Sonde?, Holzspahn?) in den Uterus durch eine Masseuse. 24. 7. Behandlung durch die Hebamme, die bei der blutenden S. den im Gang befindlichen Abort vorfand. Am 29. 7. Fiebererscheinungen. Am 30. 7. Aufnahme in die Frauenklinik. Exitus am 1. 8. 1918. Gerichtliche Sektion am 3. 8. 1918.

Pathologisch-anatomischer Befund: Beschmierung der äußeren Genitalien mit rotbräunlicher Flüssigkeit. Vagina und hinteres Scheidengewölbe enthalten mißfarbige, graurötliche Flüssigkeit. Cervikalkanal für den Zeigefinger durchgängig, Schleimhaut teils mißfarbig, teils dunkelrot, nirgends eine Verletzung nachweisbar; an der hinteren Wand findet sich, im Schleim ziemlich festhaftend, jedoch nicht in die Substanz eingebohrt, ein etwa 8 mm langes Holzsplitterchen(!). Auch am Übergang in das Cavum uteri, das übelriechende Flüssigkeit und mißfarbige, zerreißliche, zum Teil freie, zum Teil der Hinterwand noch anhaftende Massen (Placentarreste?) enthält, keine Verletzung. In der Uteruswand nirgends Eitergänge, nirgends eine Verletzung. Bei der Lösung des Uterus wird ein größerer, zwischen ihm und dem Dickdarm gelegener, durch Verklebung abgeschlossener Eiterherd eröffnet. Auf der rechten Seite des Uterus findet sich ein ungefähr hühnereigroßes, von Fibrin überzogenes mißfarbiges Paket, das Tube und Ovarium darzustellen scheint. Im Douglas'schen Raum ein starker und fest haftender Fibrinbelag auf dem Uterus, der besonders an einer auf der linken Seite gelegenen umschriebenen Stelle bedeutend fester haftet, und nach dessen Entfernung sich auf dem Uterus eine eigen-

tümlich fetzig veränderte Partie zeigt. Die eingeführte Sonde gelangt hier jedoch nicht weiter in die Tiefe. Die rechte Tube zeigt bald nach ihrem Abgang von der Uterusecke eine Erweiterung der Lichtung und Eiterfüllung, beides an Intensität nach der Bauchhöhlenöffnung zunehmend. Das rechte mit Fibrin überzogene Ovarium enthält eine haselnußgroße Eiterhöhle, die eine vollkommen fetzig flottierende Wandbeschaffenheit aufweist. Im linken Ovarium das Corpus lut. gravid. Aus den Mammae spritzt auf Druck in Strahlen weiße Flüssigkeit heraus. Schwere eitrige diffuse Peritonitis. Lungenödem. Eitrige Tonsillitis. Milz, von mittlerer Größe, ist von dünnflüssigem Eiter umspült. Im Bauchhöhleneiter Reinkultur von Bakterium Proteus.

Todesursache: Akute eitrig-jauchige Peritonitis, ausgehend von einer Entzündung des Cavum uteri. Fremdkörperbefund an der hinteren Wand des Cervikalkanals spricht für kriminelle Abtreibung. Verletzungsspuren wurden zwar nicht gefunden, die Vornahme eines kriminellen Eingriffes ist aber mit Sicherheit erwiesen. Abgang des Foetus.

Fall 14. K. E., gravid im 2. Monat. Gestorben in der Gynaekolog. Klinik. Nähere Erhebungen sind nicht zu ermitteln. Gerichtliche Sektion am 24. 3. 1926.

Pathologisch-anatomischer Befund: Vordere Vaginalwand bläulich verfärbt. An der Innenseite des rechten Labium minus eine leichte blaurötliche Verfärbung. Vaginalschleimhaut blaugrau. Äußerer Muttermund uneben, schmierig, dunkelgrau-rot, nirgends Verletzungen. Beide Muttermundslippen sind sehr groß. Im Cervikalkanal verläuft auf der rechten Seite eine graugrünlich belegte Rinne, deren Grund aber ziemlich derb ist. Alte Verwachsungen zwischen Uterus, Rektum und linken Adnexen, teilweise noch mit Vascularisation. Vergrößerung und Auflockerung des Uterus. Eitrig-jauchige Endometritis (das Cavum uteri enthält mißfarbige, graugrüne Massen, zum Teil noch etwas blutig, uneben und höckerig, von stinkendem Geruch), keine sichere Verletzung mehr nachweisbar. Nach dem rechten Tubenabgang zu finden sich auf Querschnitten schon die in der Uteruswand verlaufenden Blutgefäße durch Pfröpfe verlegt und zum Teil schon mit stinkendem Eiter gefüllte Hohlräume. Eitrig-jauchige Phlebitis und Periphlebitis der rechten Vena spermatica interna bis zur Einmündung in die Vena cava inferior, ausgehend von einer jauchig eitrigen Entzündung der rechten Adnexe. Corpus lut. verum im linken Ovarium. Rechtsseitige leichte Hydronephrose (Kompression des Ureters) durch die Adnexschwellung. Trübe Schwellung beider Nieren, im Mark der linken Niere mehrere stecknadelkopfgroße Abszesse. Großer septischer Milztumor (365 g schwer!), Starkes Lungenödem mit Übergang in Pneumonie. Mehrere fast kirschkerngroße, offenbar embolische eitrige Herde im rechten Ober- und Unterlappen. Im Unterhautfettgewebe etwas 3 Fingerbreit unterhalb des Nabels eine haselnußkerngroße Blutdurchtränkung (septischer Infarkt?).

Todesursache: Sepsis, ausgehend von einer jauchig-eitrigen Endometritis. Eine Rinne im Cervikalkanal, rechts, ist auf eine Verletzung höchst verdächtig. Ausstoßung der Leibesfrucht.

Fall 15. G. Th., 25 Jahre, Bergmannsfrau. Ein Arzt steht in Verdacht, die Leibesfrucht abgetrieben zu haben. Gerichtliche Sektion am 17. 6. 1919. (Miesbach).

Pathologisch-anatomischer Befund: Uterusgröße entspricht einer Gravidität in den ersten Monaten. Peritonealüberzug des Uterus etwas stärker gerötet und leicht schmierig belegt. Im Cavum uteri kein freies flüssiges Blut. Die Uterusschleimhaut zeigt eine dunkelrote Farbe und vorn und oben eine ausgesprochen zottige Beschaffenheit. Etwa in der Mitte der hinteren Uteruswand und zwar dicht hinter der höchsten Höhe derselben findet sich in der dunkelroten und aufgelockerten Schleimhaut ein etwa hirsekorngroßer Fremdkörper, der in der Schleimhaut ziemlich fest haftet und bei Lupenbetrachtung eine ähnliche Struktur aufweist wie ein Schwamm. Durch die Cervix hindurch ist ein blutgetränkter Gazetampon eingeführt und etwa noch 3,5 bis 4 cm von der inneren Muttermundsöffnung aus nach oben in das Cavum uteri hineingeleitet. Die in die Cervix und reichlicher noch in das hintere Scheidengewölbe eingestopften Gazestreifen zeigen hier noch eine blutige Beschaffenheit, während die direkt daran sich anschließenden Gazestreifen im unteren Vaginalteil so gut wie keine Durchtränkung mit Blut mehr aufweisen. An der Uterushinterwand findet sich vom inneren Gebärmutterhals nach aufwärts ein etwas oberflächlich unebener Bezirk, der wie eine oberflächliche Wunde erscheint, aber nicht mißfarbig belegt ist. Etwas unterhalb dieser Stelle finden sich einzelne kleinere oberflächliche Defekte, ebenso zeigt auch die Schleimhaut der Cervix mehrere oberflächliche Defekte. An der Vorderwand des Überganges der Cervix in das Corpus uteri, dicht über dem Inneren Muttermund, eine umschriebene, etwa pfennigstückgroße, blutig durchtränkte und aufgelockerte, nicht mißfarbige Stelle. Beim Einschneiden hierselbst geht die Blutung noch etwas tiefer ins Gewebe hinein. Dicht oberhalb dieser Stelle zeigt sich auf einem Durchschnitt durch die linksseitige Uteruswand und durch das lockere nach dem linken Lig. lat. führende Zellgewebe eine ausgesprochene Auflockerung und eitrige Durchtränkung, aus der sich Eiter abstreifen läßt (Streptococcen). Im rechten Ovarium das Corp. lut. gravid. Weißlich gelbliche Flüssigkeit auf Druck aus dem Mammae austretend. Diffuse eitrige Peritonitis, im Bauchhöhlenabstrich massenhaft Streptococcen. Pleuritis exsudativa. Lungenödem. Erheblicher septischer Milztumor. Stauungsleber. Tonsillitis rechts.

Todesursache: Akute eitrige Peritonitis, ausgehend von einem Eiterherd vorn dicht über dem Inneren Muttermund (Verletzung?). Abgang der Leibesfrucht.

Fall 16. H. Th., ledig, Dienstmädchen, gravid gegen Ende des 3. Monats. Durch eine ehemalige Hebamme wurde ein Eingriff ge-

macht, dem die H. nach wenigen Tagen erlag. Gerichtliche Sektion am 15. 6. 1918 in Regen.

Pathologisch-anatomischer Befund: (Die Sektion wurde auswärts gemacht. Nur die inneren Genitalien lagen zur Begutachtung vor). In der Uterusvorderwand und zwar fast auf der Höhe derselben, mehr der Abgangsstelle der linken Tube zu, ein quer verlaufender ca. 7 cm langer Riß, dessen Ränder außerordentlich fetzig gestaltet sind. In diesem Riß liegt die Nachgeburt und die zerstörte Frucht. Auf einem nunmehr durch die Mitte des Corpus und der Cervix gelegten Längsschnitt zeigt sich, daß sich der Riß direkt bis in den Innenraum der Uterushöhle hineinerstreckt. Die Uteruswand ist überall mit Fäulnisgasblasen durchsetzt. Mikroskopisch sieht man an einer Stelle des erwähnten Risses deutlich eine durch Eiterkörperchenansammlung bedingte Entzündung innerhalb der Uteruswand. Eine ausgesprochene Peritonitis ist nicht vorhanden, durch die fortgeschrittene Leichenfäulnis wird die dahinzielende Untersuchung allerdings stark beeinträchtigt. Das linke Ovarium weist, auch mikroskopisch, eine hochgradige blutige Durchtränkung auf, hier und da auch eine Infiltration mit Eiterzellen. Placenta, den Eihäuten anhängend, stark aufgelockert und zerfasert. Foetus zeigt ebenfalls hochgradige Auflösung, seine Weichteile sind fast vollkommen zerstört, während von dem Skelettsystem die Schädelknochen und die Rippen erkannt werden können. Die unteren Extremitäten sind noch am besten erhalten, aber auch fast völlig der Weichteile beraubt. Nach der Größe des Foetus und des Uterus zu urteilen, scheint die Gravidität dem Ende des 3. Monats nahe gewesen zu sein. Ob die Zerstörung der Frucht durch mechanische Verletzungen oder durch die Fäulnisvorgänge in der Leiche bedingt sind, läßt sich nicht mehr feststellen. Dem Riß in der Uteruswand liegen keine nachweisbaren krankhaften Veränderungen zu Grunde, die eine sponate Berstung derselben ohne äußere Einwirkung erklären oder wahrscheinlich machen könnten. Zeichen von Peritonitis sind nicht nachzuweisen, woraus sich mit einer gewissen Sicherheit ergibt, daß die Uteruszerreißung nicht etwa schon 2 oder 3 Tage alt sein kann. Die zunächst befremdliche Tatsache, daß sich ein so großer Riß in der oberen, vorderen Uteruswand befindet, während am äußeren Muttermund keine Verletzungen nachweisbar sind, könnte in der Weise zu erklären sein, daß ursprünglich wohl nur eine kleine Riß- oder Stichverletzung vorhanden war, die sich dann infolge des Durchtretens des Foetus und der Nachgeburt durch diese Öffnung – Äußerer Muttermund und Cervikalkanal waren zu eng – ganz außerordentlich erweiterte – eine Beobachtung, die man öfter bei artifizieller Fundusperforation machen kann.

Todesursache: Sepsis, ausgehend von einer Verletzung in der vorderen oberen Uteruswand. Kein Abgang des Foetus.

Fall 17. D. A., 23 Jahre, ledig, Landwirtstochter, gravid gegen Ende des 2. Monats. Exitus am 9. 5. 1924, beerdigt am 12. 5.,

exhumiert und seziert am 27. 5. 1924, da der Verdacht auf kriminelle Fruchtabtreibung bestand.

Pathologisch-anatomischer Befund: Vagina zeigt einen rötlich-braunen, schleimigen Inhalt, ihre Schleimhaut ist feucht, blaß, grau-rötlich. Aus dem Orificium urethrae externum ergießt sich gelblich-rahmige Flüssigkeit in geringer Menge. Äußerer Muttermund für einen dünnen Bleistift durchgängig, seine Umgebung ist leicht bläulich verfärbt. Uterusgröße entspricht der bei einer Gravidität gegen Ende des 2. Monats. Die Umgebung des Uterus ist stark dunkelrot und mit den Darmschlingen innig verwachsen, Tuben und Ovarien sind nicht sichtbar. Bei der Herausnahme der Beckenorgane zeigt sich das Zell-Gewebe stellenweise, besonders links, sulzig durchtränkt. Die Hinterfläche des Uterus zeigt eine eigentümliche etwa dreimarkstückgroße hellrote Verfärbung, in deren Mitte sich zwei längsverlaufende Trennungsstellen des Peritoneums finden, von denen die untere etwa zwetschenkerngroß und von bräunlicher Beschaffenheit ist. Die obere ist etwa linsengroß und zeigt ebenfalls einen bräunlich-schwärzlichen Grund. Eine Substanztrennung der Uterusmuskulatur ist nicht erkennbar. Der Dünndarm ist an dieser Stelle deutlich verklebt, die ganze Umgebung dieser Verklebungsstelle ist dunkelrot-fleckig. Uterus, an seiner linken Seite aufgeschnitten, ist gefüllt mit einer ziemlich reichlichen, dunklen, blutigen Masse. Die Schleimhaut ist dunkelrot, an ihrer Vorderfläche hängen fetzige, rote, schmierige Massen.

Die genaue Untersuchung der verdächtigen Stelle an der hinteren Uteruswand ergibt folgenden Befund:

Peritonealüberzug des Uterus, dunkelrot verfärbt, zeigt an der Hinterfläche des Uterus umschriebene Beläge von gelblich-rötlichem, etwas schmierigem Fibrin. An umschriebener Stelle der hinteren Uteruswand ein etwa bohnengroßer, graugrünlicher, nekrotischer Bezirk, in dessen Umgebung eine gelbliche, etwa 2 mm breite eitrige Infiltrationszone besteht. Gerade über dieser Stelle ein deutlicher gelblicher Fibrinbelag. Nach hinten zu noch mehrere feine Fibrinbeläge und eine trübe, rötliche, mattglänzende Beschaffenheit des Peritoneums. Bei dem Einschnitt in diese nekrotische Stelle zeigt sich hier ein Kanal, der etwa 3–4 mm im Durchmesser beträgt und in geradem Verlauf durch die hintere Wand des dort ungefähr 2 cm dicken Uterus schräg nach oben und hinten führt. Der Kanal endet dicht vor dem Peritonealüberzug der Uteruswand, ohne daß dieselbe an dieser Stelle durchstoßen ist. Vom Inneren Muttermund aus geht ferner an der hinteren Innenwand des Uterus ein etwas unregelmäßiger, etwa 1 cm breiter Aufpflügungsstreifen nach oben, der sich dann fortsetzt in den Einstichkanal in die hintere obere Uteruswand. Mikroskopisch lassen sich im Uterus nur noch geringe Deciduareste nachweisen, keine Chorionzotten. Da eine Extrauterinschwangerschaft, bei der eine Deciduabildung vorkommt, sich hier

völlig ausschließen läßt, so darf besonders auch im Hinblick auf den ganzen Uterusbefund eine Gravidität und eine Schwangerschaftsunterbrechung als absolut sicher angenommen werden.

Linkes Ovarium, bedeckt von einzelnen locker haftenden Fibringerinseln, enthält das Corp. lut. grav. Rechte Tube an ihrem breiten Ende verdickt, dunkelrot, in ihrem Inneren etwas geronnenes Blut. Aus den Mammae läßt sich eine kleine Menge klarer Flüssigkeit auspressen, der Drüsenkörper ist leicht knollig verdickt. Diffuse Peritonitis. Pleuritis serofibrinosa. Leichtes Oedem und Emphysem der Lungen. Rechte Lungenoberfläche mit schwer lösbaren bindegewebigen Massen bedeckt. Septischer Milztumor. Akute Stauungsleber.

Todesursache: Sepsis, ausgehend von einer Stichverletzung an der oberen hinteren Uterusinnenwand. Abgang der Leibesfrucht.

Fall 18. R., 28 Jahre, geschiedene Hilfsschreiberin, gravid im 3. Monat, suchte am 29. 5. 1924 „wegen Unterleibsschmerzen" einen Arzt auf. Am 6. 6. hohes Fieber und Schüttelfrost. Am 7. 6. Exitus. Die erste Haussuchung verlief ergebnislos, bei der zweiten wurde ein Spekulum mit einigen Blutflecken, mehrere halbstarre Katheter mit Mandrins und blutige Bettwäsche gefunden. Gerichtliche Sektion am 8. 6. 1924. (München, Waldfriedhof).

Pathologisch-anatomischer Befund: Gasfäulnis der Haut und der inneren Organe. Äußere Genitalien grünlich verfärbt, stark aufgetrieben. In der Vagina braunrötliche, schmierige, übelriechende Flüssigkeit, Schleimhaut braun-rötlich verfärbt, ohne Verletzungen. Im hinteren Scheidengewölbe ebenfalls keine Verletzungen. Um den Äußeren Muttermund und im Scheidengewölbe etwas braun-rötliches, schmieriges Sekret. Im Cervikalkanal keine Verletzungsspur. Uterusgröße entspricht der bei einer Gravidität im 3. Monat. Auf der Kuppe des Uterus und etwas nach der rechten Seite der vorderen Wand zu ist der Uterus in einer Ausdehnung von 6,5:3,5 cm des oberflächlichen Peritonealüberzuges beraubt, hier liegt die brüchige Muskulatur uneben zutage. An der Rückwand des Uterus nahe der rechten Kante und 2 cm unterhalb der Uteruskuppe findet sich ein etwa kirschgroßes, von einer dünnen Spange überbrücktes Loch des hier vom Uterus abgehobenen Peritonealüberzuges, unter demselben ein von schmierigen Rändern umgebenes, 1,5 cm langes, leicht klaffendes Loch in der Uterusmuskulatur, das anscheinend ins Innere des Uterus führt. Das Corpus uteri zeigt eine braunrötliche, mit schmierigem Sekret bedeckte, höckerige und etwas brüchige Innenwand. Nahe dem Fundus findet sich an der Hinterwand innen ein etwa 10 Pfennigstückgroßes, aus zwei Teilen bestehendes Blutgerinsel. Bei der Besichtigung der hinteren Uterusinnenwand zeigt sich, daß das oben beschriebene Loch tatsächlich in das Innere des Uterus hineinführt. Die mikroskopische Untersuchung der Uteruswand erbringt den Nachweis von Chorionzotten und Deciduaresten. An der Stelle, wo das Peritoneum fehlt und die brüchige Muskelsubstanz freiliegt, ist die Uterus-

wand enorm aufgelockert, von entzündlichen Ausschwitzungen durchsetzt, in den Muskelspalten findet sich geronnenes Blut mit Leucocyten untermischt. Eine deutliche Entzündung in Form von eitriger Einlagerung kann nicht festgestellt werden. Die Umgebung des unterhalb der Uteruskuppe rechts hinten befindlichen Loches zeigt eine besonders in den inneren Schichten hochgradige Auffaserung und Durchsetzung mit entzündlichen Ausschwitzungsmassen, ferner nach dem Loch zu eine besonders starke Durchsetzung mit Fibrin und mit reichlicher Einlagerung von Leucocyten (Eiterzellen).

Hochgradiges Lungenödem mit Übergang in katarrhalische Pneumonie. Starke postmortale Fettembolie in den Aesten der Art. pulm., auch in den Kapillaren (!).

Todesursache: Sepsis, hervorgerufen durch gasbildende Bakterien, ausgehend von einer Perforation der hinteren, oberen Uteruswand. Abgang der Leibesfrucht.

Fall 19. St. R., 26 Jahre, ledig, Dienstmädchen, wurde nachdem sie schon vorher in ärztlicher Behandlung gewesen war, am 19. 9. 1919 wegen Abortus ins Krankenhaus aufgenommen. Curettage, Douglasdrainage. Hier starb sie am 9. 10. 1919. Gerichtliche Sektion am 10. 10. 1919.

Pathologisch-anatomischer Befund: Vordere Vaginalwand leicht gerötet. Im hinteren Scheidengewölbe, etwa in der Mitte, eine für den Zeigefinger durchgängige, operativ gesetzte Drainageöffnung in die Bauchhöhle. Uterus durch frische Verklebungen, zum Teil auch durch Verwachsungen in der Sakralhöhlung fixiert. Abgesackter Abszeß zwischen Uterus und Os sacrum. Douglasdrainage, eingelegter Gazestreifen und Gummidrain. Uterus schon wieder stark zurückgebildet, seine Lichtung ist spaltförmig eng, die Schleimhaut blau-schwarz. In der linken Uterusecke, dicht neben dem Abgang der linken Tube, findet sich in der Hinterwand eine für eine dünne Sonde bequem durchgängige Öffnung in die freie Bauchhöhle. Beide Tuben kleinfingerdick, blaurot. Beide Ovarien etwas vergrößert und stärker durchfeuchtet. Ein Corp. lut. verum ist nicht mehr sicher nachweisbar. Zwischen linkem Lig. lat und Lig. rot. eine durch Verklebung abgeschlossene Eiteransammlung. Der Peritonealüberzug der Harnblase zeigt einen eitrigen Fibrinbelag. Eitrige Entzündung der Harnblasenschleimhaut. Ureterenwülste stark gerötet und geschwollen. Teils diffuse, teils abgekapselte eitrige Peritonitis. Milz vergrößert. Beide Nieren vergrößert, blaßrötlich, überquellend, Zeichnung verwaschen.

Todesursache: Schleichend verlaufende, ausgedehnte, eitrige Peritonitis, zweifellos ausgehend von einer Perforation der linken oberen hinteren Uterusecke. Abgang der Leibesfrucht.

Fall 20. S. A., 27 Jahre, verheiratete Buchhalterin, gravid im 3. Monat, wurde am 1. 5. 1923 mit hochgradigem Ikterus, blutigem Ausfluß aus den Genitalien und peritonitischen Erscheinungen in die Mediz. Klinik eingeliefert. Einige Stunden vor ihrem Tode bekannte

sie, daß ihr Mann mit einem Hartgummikatheter einen Abtreibungseingriff bei ihr gemacht habe. Exitus am 2. 5. abends. Gerichtliche Sektion am 4. 5. 1923.

Pathologisch-anatomischer Befund: Uterusgröße dem 3. Graviditätsmonat entsprechend. Am Fundus uteri beinahe fünfmarkstückgroßer, kraterförmiger, penetrierender Defekt mit eitrig-gangränösen Rändern. Eine zweite penetrierende, für einen Bleistift durchgängige Verletzung an der Hinterwand des Uterus etwas oberhalb der Mitte zwischen dem Fundus uteri und dem Grund des Douglas'schen Raumes. Entzündliche Schwellung beider Tuben. Diffuse kotig-eitrige Peritonitis – das Peritoneum ist besonders links schmierig-kotig belegt – mit lockeren Verklebungen.

Septische Milzschwellung verbunden mit akuter Stauung. Oedem und Hyperaemie der Lungen. Mäßige Anaemie des Gehirns. Hochgradiger universeller Ikterus der Haut, Schleimhäute und inneren Organe.

Todesursache: Kotig-eitrige Peritonitis infolge je einer Perforation des Fundus uteri und der Hinterwand des Uterus, kombiniert mit einer Darmverletzung. Die Verletzung des Darmes als Quelle des Kotaustrittes ist nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Abgang des Foetus.

Fall 21. A. K., ledig, gravid im 3. Monat, wurde am 12. 10. 1923 von einer Bekannten sich vor Schmerzen windend und auf dem Bauche liegend in ihrer Wohnung aufgefunden. Kurz vorher war sie noch gesund und frisch gewesen. Die A. sagte zu ihrer Bekannten, „sie sei in der Hoffnung und habe sich durch das Heben einer schweren Wanne weh getan". Einer anderen Freundin sagte sie nichts von der Wanne, sondern gab an, „sie habe sich erkältet." Dem herbeigeholten Arzte wurde der abgegangene Foetus gezeigt (3. Monat, offenbar schon seit etwa 2 Tagen abgestorben, maceriert). Am 13. 10. 1923 wurde die A. ins Krankenhaus eingeliefert wegen peritonitischer Erscheinungen. Sofort Laparotomie und Exstirpation des Uterus: jauchig-eitrige Peritonitis, freie, stinkende, braunrote Flüssigkeit in der Bauchhöhle; zweimarkstückgroße Uterusperforation und Nekrose des Uterusfundus rechts hinten oben. Einige Tage später Exitus. Gerichtliche Sektion im Oktober 1923 (Starnberg).

Pathologisch-anatomischer Befund: (nur der Uterus liegt zur Begutachtung vor). An der rechten Uteruskante, etwas nach vorne vom Tubenansatz, ein etwa fünfmarkstückgroßes Loch. Ein kleineres, etwa fingernageigroßes Loch auf der Höhe des Uterus. Die ganze obere Hälfte des Corp. uteri, und zwar die rechte Seite und die hintere Wand in erster Linie, ist durch eine gelbliche, scharfzackig verlaufende Grenzzone schon äußerlich abgesetzt gegen den übrigen Uterusteil. Dieses abgesetzte Stück der oberen Uterushälfte ist etwa faustgroß. In seinem Bereich ist die Uteruswand mißfarbig verändert, mit bindegewebigen Auflagerungen bedeckt, die schon ziemlich fest haften, andererseits gehen diese Auflagerungen an der

Hinterwand noch ein Stück weit herunter in den Douglas'schen Raum. In hohem Grade auffallend ist, daß gerade der obere, sich gegen die Umgebung scharf abgrenzende Bezirk ganz hochgradig verdünnt erscheint und auf der höchsten Kuppe des Uterus fast fließpapierdünn ist, besonders in der Umgebung der kleineren Durchbruchstelle. Im Cavum uteri zottige, fetzige Massen in organischem Zusammenhang mit der Uteruswand. Bei der mikroskopischen Untersuchung des scharf abgegrenzten Teiles der oberen Uterushälfte zeigt sich, daß dieser Bezirk eine vollständig nekrotisch gewordene Uteruswand darstellt, in der massenhaft Bakterien und Coccen etabliert sind und die durch eine starke Entzündung von der normalen Uteruswand abgesetzt ist. Es läßt sich nicht mehr mit Sicherheit sagen, ob hier von Anfang an schon eine Perforation der Uteruswand stattgefunden hat, oder ob eine Verletzung von innen her vorlag, die erst nach oder bei der Austreibung des Foetus zu einer Perforation geführt hat. Da im Cavum uteri weitgehende Veränderungen durch den brandigen Zerfall und durch die Ausstoßung der Frucht und der Placenta Platz gegriffen haben, so kann natürlich eine Verletzungsspur nicht mehr mit Sicherheit nachgewiesen werden. Ein Corp. lut. grav. findet sich im linken Ovarium.

Todesursache: Peritonitis nach Abortus, ausgehend von einem mit Durchbruch in die Bauchhöhle verbundenen brandigen Entzündungsprozeß im Fundus uteri (zweifellos artifizieller Abortus). Foetus abgegangen.

Fall 22. Sch. J., 26 Jahre, Malersgattin, gravid zu Anfang des 4. Monats. Nach der Angabe des behandelnden Arztes besteht der Verdacht auf die Einleitung eines kriminellen Abortes. Gerichtliche Sektion am 1. 8. 1919.

Pathologisch-anatomischer Befund: Vagina ziemlich weit geöffnet, Labia majora geschwollen, auch die Labia minora etwas auseinanderstehend. Schleimhaut an der Rückwand etwas vorgetrieben, von lockerer, rötlicher Beschaffenheit. Im Scheideneingang eine fetzige Masse, die zur weiteren Untersuchung entnommen und aufbewahrt wird. Vaginalschleimhaut weich, faulig, leicht gerötet. Äußerer Muttermund sehr weich, mit oberflächlicher Geschwürsbildung am oberen Rand. Uterusmuskulatur weich und faulig verändert. Im Cavum uteri, an der hinteren Wand, und gegen den Fundus hin, die Fruchtblase, die neben dem Fruchtwasser einen 10 cm langen Foetus enthält. In der Umgebung der Placenta ziemlich viel faulig verändertes, schwärzlich geronnenes Blut. Desgleichen auch gegen die Cervix hin, an der linken Seite, eine dreimarkstückgroße Auflagerung von verändertem geronnenem Blute. Verletzungen sind an der Uterusschleimhaut sowie am Muskelgewebe des Uterus nicht festzustellen. Auch die Frucht zeigt keine Beschädigung. Pericarditis und Pleuritis serosa. Herzmuskel sehr schlaff. Lungenödem. Überall fortgeschrittene Leichenfäulnis.

Todesursache: Wegen der fortgeschrittenen Leichenfäulnis kann die Todesursache nicht einwandfrei festgestellt werden. Offenbar liegt eine Sepsis vor, die mit höchster Wahrscheinlichkeit ihren Ausgang genommen hat von einer Verletzung am äußeren Muttermunde. Kein Abgang des Foetus.

Fall 23. E. K., 29 Jahre, Steindruckersfrau. Angeblich wegen drohendem Abortus am 9. 5. 1922 Konsultation eines Arztes. Am 31. 5. Arzt in die Wohnung geholt. Am 1. 6. 1922 in Gegenwart einer Hebamme Ausstoßung eines faulig-zersetzten, 5 Monate alten Foetus. Behandlung durch die Hebamme bis zum 7. 6., dann Einlieferung ins Krankenhaus. Dortselbst Exitus am 29. 6. 1922. Gerichtliche Sektion am 1. 7. 1922.

Pathologisch-anatomischer Befund: Vagina mißfarbig, stellenweise leichte Auflagerungen. Im Scheidengewölbe keine Verletzungen mehr nachweisbar. Cervikalkanal innen mißfarbig. Großer Wandabszeß in der vorderen, rechten seitlichen Uteruswand, am Übergang der Cervix in das Corpus, im Zusammenhang mit großem Douglasabszeß. Keine Verletzung des Uterus nachweisbar. Retroperitoneale Phlegmone links aufwärts entlang der Wirbelsäule. Cavum uteri mit stinkendem Eiter gefüllt, im oberen Teil noch zundrige, blau-schwarze Auflagerungen. Beiderseitige Pyosalpinx. Cystitis diphtherica. Eitrige rechtsseitige Ureteritis. Mehrere siebartige Durchlöcherungen des Colon sigmoideum, die in die linksseitige retroperitoneale Phlegmone einmünden. Verklebung des Omentum majus und der Darmschlingen mit den inneren Genitalien. Multiple Nierenabszesse. Multiple eitrig-jauchige Lungenabszesse. Oedem der Pia mater cerebri.

Todesursache: Sepsis, ausgehend von einem in der vorderen rechten Uteruswand, am Übergang der Cervix in das Corpus, gelegenen Abszeß. Ob dieser von einer Abtreibungshandlung herrührt, hat sich mit Sicherheit nicht entscheiden lassen. Abgang der Leibesfrucht.

Fall 24. H. H., 40 Jahre, Schneidersfrau, gravid im 3. Monat, soll angeblich infolge einer Einspritzung, die sie sich selbst machte, eine Fehlgeburt gehabt haben und starb an Sepsis und Endocarditis. Genauere Angaben sind nicht zu erhalten. Gerichtliche Sektion am 2. 4. 1919.

Pathologisch-anatomischer Befund: Vagina weit und glatt, enthält gelblichen, rahmigen Schleim und Eiter, keine Verletzungen. Äußerer Muttermund mit kleinen Cysten besetzt. Innenseite des Cavum uteri unregelmäßig höckerig aufgelockert. an der oberen Hinterwand eine kleine, beetförmig erhabene Stelle, die auf dem Durchschnitt eine graurötliche, etwas matschige Beschaffenheit aufweist. Auf Einschnitten in die Uteruswand findet sich nirgends ein Eiterherd, keine verstopften Blutgefäße. Mikroskopisch sind im Uterus nur Deciduazellen nachzuweisen. Ein Corp. lut. grav. kann nicht mehr nachgewiesen werden. Entzündung der Harnblasenschleimhaut.

Beide Venae spermaticae internae enthalten trockene, nicht vereiterte Thromben, links stärker als rechts. Lungenödem, in den Bronchien schleimiger Eiter. Pleuritis exsudativa. Endocarditis (Klappen). Leber vergrößert, Zeichnung verwaschen. Nierenabszesse. Septischer Milztumor. Im Milzabstrich massenhaft Leukocyten, lange haemolysierende Streptokokken und Bakterium coli. Dura mater cerebri etwas verdickt; Pia mater feucht, etwas trübe, blaß.

Todesursache: mit Endocarditis einhergehende subacute Sepsis, die mit höchster Wahrscheinlichkeit ausgeht vom hinteren oberen Teil des Cavum uteri. Eine Uterusinfektion durch Einspritzungsverletzung ist nicht nachweisbar. Abgang des Foetus.

Fall 25. B. E., 27 Jahre, ledig, Dienstmädchen, gravid im 4. Monat, behauptete „bei einem Fall im Klosett sich innerlich verletzt zu haben," es sei ein „Klumpen" abgegangen. Wegen Fiebers wurde ein Arzt geholt, der die bereits in stinkende Fäulnis übergegangenen Fruchtreste ausräumte und den Muttermund noch handtellergroß(?) vorfand. Weiterbestehen des Fiebers und zunehmende peritonitische Erscheinungen. Der Arzt glaubte, eine Uterusperforation annehmen zu müssen. Später erblickte er den Grund des Abortes in den zugegebenermaßen vorhandenen Geschlechtskrankheiten (Lues und Gon.) Einweisung ins Krankenhaus, dortselbst Exitus. Gerichtliche Sektion am 10. 12. 1923.

Pathologisch-anatomischer Befund: Im Scheidengewölbe keine Verletzungen. Der fünfmarkstückgroße Muttermund ist quer- und längsgespalten, mißfarbig, grau-schwärzlich verfärbt. Die hintere Muttermundslippe zeigt eine lochförmige Durchbohrung – die aber auch bei der ärztlichen Ausräumung durch das Anhaken und Hervorziehen der Portio entstanden sein kann! – und daran anschließend schmierige, grau-gelbliche Beläge. Jauchige Endometritis; der Uterusinhalt ist eine schwärzliche, schmierige Masse; die Innenfläche des Uterus ist vollkommen uneben, warzig, im oberen Teil und an der Hinterwand finden sich starke, gerötete, bräunliche Partien. Hochgradige Verdünnung der Uteruswand ohne Perforation und ohne völlige Nekrose in einem fünfmarkstückgroßen Bezirk am Fundus uteri etwas nach rechts und hinten zu gelegen. Eitrige Lymphangitis der rechtsseitigen Uteruswand, von der rechten Tubenecke ausgehend nach dem Ansatz des rechten Lig. lat. Histologisch findet sich an der hochgradig verdünnten Stelle der Uteruswand völliger Verlust der Kernfärbung, Eiteransammlung in den Gefäßen, massenhafte Bakterienentwicklung (Kokken) intra- und perivasculär und diffus im Gewebe. Auch die anschließende dickere Uteruswand zeigt nur sehr schlechte Kernfärbung, enorme eitrige Durchsetzung der ganzen Wand, teils Hyperaemie, teils eitrige Thrombose in den Gefäßen, außerdem enorme Coccenwucherung in den Gefäßen. Eitrige Thrombophlebitis der rechten Vena spermat interna in ihrem unteren Drittel. Schwellung beider Tuben und Ovarien; im rechten Ovarium das Corpus

luteum verum. Diffuse eitrige Peritonitis, besonders im Bereich des kleinen Beckens. Starke Eiteransammlung im Douglas'schen Raum. Septischer Milztumor. Anaemie der Nieren, im geringeren Grade auch der übrigen parenchymatösen Organe. Geringer Fettgehalt der Nebennieren. Totale Obliteration der rechten Pleurahöhle. Hochgradiges Lungenödem. Mäßige Schwellung der Bronchialdrüsen.

Todesursache: Akute eitrige Peritonitis, ausgehend vom Cavum uteri (Fundus rechts hinten). Abgang des Foetus. Ein exakter Nachweis eines Abtreibungsdeliktes hat sich nicht mit Sicherheit erbringen lassen.

Fall 26. K. Ph., Ehefrau, gravid im 3. Monat. Der Hausarzt hatte den Verdacht auf eine frische, fortschreitende Lungentuberkulose. Die von ihm mit der Nachuntersuchung betraute Lungenfürsorgestelle bestätigte auf Grund einer Röntgendurchleuchtung den Befund und hielt auch ihrerseits die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung für gegeben. Der Abort wurde vom Hausarzt angeblich sachgemäß durch Kolgometrorhynter eingeleitet. Unter septischen Erscheinungen wurde dann die K. in die Frauenklinik eingeliefert, wo sie ad exitum kam. Gerichtliche Sektion um 17. 6. 1923 (München-Moosach, Westfriedhof).

Pathologisch-anatomischer Befund: Gasfäulnis der Haut und der inneren Organe. Gasemphysem der kleinen Labien. In der Vagina Fäulnisgase und schmierige, dunkelrote Blutmassen. Vagina hellrot, an der Hinterwand dunkelrot verfärbt. In der Vagina und im Scheidengewölbe nirgends Verletzungen. Muttermund aufgelockert, für den kleinen Finger durchgängig, Im Cervikalkanal sind mit Sicherheit Verletzungen nicht festzustellen. Die oberen zwei Drittel der Uteruswand, und zwar besonders der vorderen Hälfte, zeigen eine vollkommen zunderartige, beim Wasseraufgießen flottierende Umwandlung, bis zur Höhe des Fundus uteri. An der Vorderwand etwa 2 cm von der höchsten Höhe des Fundus entfernt sitzt eine zweimarkstückgroße, zunderartig begrenzte Verbindungsöffnung der Uterusinnenhöhle mit der freien Bauchhöhle. Hier drängt sich ein lockeres, flottierendes, graurötliches Gewebe durch das Loch hindurch in die Bauchhöhle hinein (zweifellos Placentargewebe). Die Eiblase ist jetzt in der Leiche vollkommen zerstört. Der Nabelstrang zieht durch die Öffnung in das Cavum uteri hinein zu dem 8 cm langen dunkelroten, fast vollkommen erweichten Foetus. Beim Anfassen der Öffnung reißt dieselbe sehr leicht weiter. Im Uterus Luft- und Gasblasen. Keine schmierigen Beläge im Cavum uteri. Bei einem Durchschnitt durch die hintere Uteruswand zeigt sich dieselbe etwas weich. Rechts außen, neben dem Cervikalkanal, ist im Gewebe eine bräunlich-gelbliche Stelle, die offenbar einer nicht mehr ganz frischen Blutung entspricht. Blasenschleimhaut blaß. Urethra unverletzt. Colostrum in den Mammae. Im kleinen Becken und in den seitlichen

Bauchfellnischen etwas dunkles, flüssiges Blut. Diffuse Peritonitis. Pleuritis serofibrinosa. Lungen ohne Befund, nirgends tuberkulöse Herde. Keine tuberkulösen Veränderungen in den Lymphdrüsen. Septischer Milztumor,

Todesursache. Gasbrandinfektion, ausgehend vom Uterus. Nach den klinischen Schilderungen kann es nicht zweifelhaft sein, daß diese Infektion nur durch den Eingriff zustande gekommen ist. Bei der fortgeschrittenen Leichenfäulnis hat sich nicht mehr mit Sicherheit feststellen lassen, ob die Perforation der oberen Uterusvorderwand von dem behandelnden Arzt selbt verschuldet worden ist bei der Einführung des Instrumentes oder bei der gewaltsamen Dilatation des Cervikalkanals, oder aber ob die Berstung der Uteruswand erst nach dem Tod oder in der Agone durch die zersetzende und einschmelzende Wirkung der Gasbranderreger innerhalb der Uteruswand bedingt worden ist. Man kann auch daran denken, daß bei dem operativen Eingriff die Uteruswand teilweise oder ganz durchstoßen wurde, und daß zu gleicher Zeit die Gasbrandbazillen in die eröffnete und zerrissene Uteruswand eingeimpft worden sind, doch kann man den Beweis dafür, besonders für die erfolgte Verletzung, nicht exakt wissenschaftlich erbringen. Auch die mikroskopische Untersuchung an einzelnen Schnittpräparaten hat in dieser Frage keine Klärung gebracht.

Da die Sektion das vollkommene Fehlen jeder Lungentuberkulose, sowohl einer alten, wie einer frischen ergeben hat, so zeigt dieser Fall wieder, wie außerordentlich unzuverlässig die nur durch eine einmalige Untersuchung und eine einmalige Durchleuchtung erzielten diagnostischen Ergebnisse sind. Der Fall lehrt, daß der Arzt bei der Begutachtung scheinbar tuberkulöser Kranker hinsichtlich einer Schwangerschaftsunterbrechung gar nicht vorsichtig und gewissenhaft genug sein kann. Kein Abgang der Leibesfrucht.

Der eben angeführte und der folgende Fall zeigen, daß auch bei ärztlichen Eingriffen sehr wohl der Tod der Schwangeren eintreten kann, wenn der Eingriff nicht mit der nötigen Sorgfalt und Asepsis gemacht wurde:

Fall 27. P. E., 20 Jahre, ledige Bauerntochter, gravid im 4. Monat, konsultierte „wegen Schwangerschaftsbeschwerden" einen Arzt. Dieser schickte sie zu einem zweiten Arzt, der eine „hochgradige Schwangerschaftsnephritis und Herzverbreiterung nach links" feststellte. Nachuntersuchung durch einen dritten Arzt, der gleichfalls „Herz-, Nieren- und Lungenkrankheiten" diagnostizierte. Alle drei Ärzte hielten eine Abortindikation für gegeben. Am 15. 2. 1923 durch den ersten Arzt, Dr. H., Dilatation der Cervix und Einlage eines Ballons in den Cervikalkanal. Dies geschah unter den unglaublichsten Verhältnissen im Hause einer Hebamme. Die P. wurde auf einen dreckigen, schmierigen Tisch gelegt, auf dem angeblich noch Brot-

krümel und andere Reste von Mahlzeiten lagen, hier wurde dann der Eingriff vorgenommen. Am 18. 2. Spontanausstoßung des Foetus und der Placenta, nachdem auf die Entfernung des Ballons am 17. 2. vorm. der Blasensprung erfolgt war. Angeblich am 19. 2. Fieber und Schüttelfrost. Unter septischen Erscheinungen am 20. 2. Aufnahme in die Frauenklinik: Die Harnuntersuchung ergibt das Vorhandensein von Eiweis, granulierten Zylindern, Leukocyten und einzelnen Erythrocyten. Am 22. 2. 1923 Exitus unter den Zeichen der Herzschwäche. Gerichtliche Sektion am 24. 2. 1923.

Pathologisch-anatomischer Befund: Im hinteren Scheidengewölbe liegt ein lockeres, schmieriges Gebilde (zerfallene Gewebsteile aus dem Cavum uteri?). Phlegmonöse Eiterung in der Cervixwand. Auf der rechten Seite des eröffneten Cervikalkanals eine etwas vertiefte, mißfarbig belegte Schürfstelle. Am Inneren Muttermund findet sich hinten eine leichte Vertiefung mit einem blutigen Gerinnsel. Beim Einschneiden ist hier aber keine Entzündung oder Eiterung nachweisbar. Auf Längsschnitten durch die Cervixwand finden sich hier überall Blut- und Lymphgefäße mit dickem Eiter gefüllt vor, die sich ziemlich weit nach oben erstrecken. Vordere Uteruswand hell-gelblich, rötlich, feucht, in den durchschnittenen Blutgefäßen keine Thromben, kein Eiter. Im Cavum uteri rötliche, schmierige Flüssigkeit, der Schleimhaut liegen graurötliche, zundrige Massen auf. Corpus lut. grav. im rechten Ovarium. Katarrhalische Pyelitis und leichte Cystitis. Septischer Milztumor. Trübe Schwellung der Leber mit Fettinfiltration. Hyperaemie des Gehirns und der Pia mater. Massenhafte metastatische Lungenabszesse unter dem Bilde zentral vereiternder haemorrhagischer Infarkte. Hochgradiges Oedem der Lungen. Keine Tuberkulose. Frische fibrinöse Pleuritis beiderseits. Keine Herzhypertrophie. Hydropericard, Epidardekchymosen. Hochgradige Hyperaemie der Njeren mit Oedem derselben, trüber Schwellung und vereinzelten beginnenden Mark- und Rindenabszessen. Über das angebliche Vorhandensein einer Schwangerschaftsnephritis kann die Sektion keinen genauen Aufschluß geben, nachdem die jetzt bestehende Nephritis in erster Linie durch die Sepsis mitbedingt ist. In den Abstrichen von den Lungen, dem Uterus und der Milz grampositive Diplokokken in wechselnder Menge.

Todesursache: Septico-Pyaemie, ausgehend von einer phlegmenösen Eiterung in der Cervixwand, nach ärztlicher Aborteinleitung. Der Foetus war abgegangen.

Der folgende Fall behandelt einen Abtreibungsversuch am ungeeigneten Objekt:

Fall 28. Sch. E., 17 Jahre, ledig, Metzgermeisterstochter, wurde angeblich im März 1917 vergewaltigt. Periode im März nur sehr gering. Am 21. 4. 1917 begann die letzte Regel, die angeblich 6 Tage lang dauerte (Angaben unglaubhaft). 27. 4. Krämpfe und Leibschmerzen (die Regel bestand damals angeblich noch). Am 29. 4. bei der Auf-

nahme in das Blandinenstift zu Metz Temp. 42°, Puls 150. Kein Blutabgang mehr. Vagina für 2 Finger bequem(!) durchgängig, Hymen defloriert, stark rudimentär. Uterus klein, Portio geschlossen, Cervix klein, linkes Scheidengewölbe schmerzhaft. Schleimhautbefund negativ. Leib wenig eindrückbar. Auf eindringliches erneutes Befragen gab die Sch. schließlich an, daß sie sich selbst in der vorhergehenden Woche zuerst mit einer alten Zahnbürste, dann mit einer Stricknadel in die Scheide gestoßen hätte, da sie glaubte, schwanger zu sein, wiederholt Schüttelfröste. Verdacht auf eine septische Thrombophlebitis. 3. 5. Operation zwecks Unterbindung beider Venae hypogastricae. Laparotomie: Im linken Becken etwas Blut(!), Uterus leicht gequollen, Tuben verdickt, Stich im linken Parametrium, offenbar durchgestoßen bis zur seitlichen Beckenwand. Nach der Operation verhältnismäßig gutes Befinden, am 4. 5. mittags nach Nahrungsaufnahme jedoch plötzlich Unruhe, Krämpfe, nach kurzer Zeit Exitus letalis. Da die Ursache des unerwartet raschen und nach zweifellos besserem Befinden eingetretenen Todes vollkommen unklar war, wurde die Sektion gewünscht und am gleichen Tag – 4. 5. 1917 – noch vorgenommen (Metz).

Pathologisch-anatomischer Befund: Keine Graviditäť! Jauchige Endometritis und fortgeleitete linksseitige Parametritis infolge instrumenteller Verletzung des Uteruskörpers im Bereich der linken Tubenkante. Jauchige Thrombophlebitis der linken Vena hypogastrica mit Fortleitung in die linke Vena iliaca communis und die Cava inferior. Schlitzförmige Zerreißung (Stelle der Verblutung in die Bauchhöhle) in der medialen Wand der linken Vena iliaca communis, die ganze Umgebung zeigt eine grünlich-mißfarbige und außerordentlich dünne Beschaffenheit der Venenwand (nekrotisierende Wandentzündung). Verblutung in die freie Bauchhöhle!

Septische Milz. Trübe Schwellung der Leber und der Nieren. Anaemie und Oedem der Lungen. Anaemie des Herzmuskels. Hochgradige Entwicklung der Brustdrüsen im Laktationszustande! Schwere allgemeine Anaemie der inneren Organe und der äußeren Bedeckungen.

Todesursache: Herzlähmung bei innerer Verblutung nach Abtreibungsversuch am ungeeigneten Objekt (siehe ähnlichen Fall von Raynard S. 33).

Zu den beiden oben erwähnten Fällen von Gasbrandbazillensepsis ist folgendes zu bemerken:

Auch durch gasbildende Bakterien können allgemeine septische Prozesse mit tödlichem Ausgang hervorgerufen werden. Man findet dann das Bild der sog. „Schaumorgane“ (so namentlich in der Leber), das jenem in faulen Organen außerordentlich ähnlich sein kann. Nach

Haberda bleibt bei dieser schnellstens auftretenden Gasbildung im Körper gerade der Darm zuweilen frei. Die Infektionen mit Gasbazillen nehmen meist einen foudroyanten tödlichen Verlauf. Durch gasbildende Bakterien können in der Uteruswand mit Gasen erfüllte kleine, später confluierende Hohlräume in großer Menge erzeugt werden. In solchen Fällen können auch an umschriebenen Stellen bis an die Oberfläche des Uterus reichende kleine dichtstehende, durch Brücken des serösen Überzuges voneinander getrennte Durchlöcherungen der Uteruswand von bienenwabenartigem Aussehen entstehen. Ausgeschlossen kann es allerdings nicht werden, daß solche Dehiszenzen der Uteruswand gelegentlich auch durch gewisse Manipulationen zum Zwecke der Fruchtabtreibung zustandekommen können, da die Uteruswand infolge der durch die gasbildenden Bakterien gesetzten Gewebsveränderungen ihre normale Widerstandsfähigkeit einbüßt. Gelegentlich könnte es sich hier auch um eine Kombination von Effekten der Einwirkung gasbildender Bakterien und der Einwirkung eines mechanischen Eingriffes handeln.

Auch Infektion mit Tetanus kommt bei mechanischer Fruchtabtreibung vor.

Den kriminellen Fruchtabtreibungen mit anatomisch nachweisbaren Läsionen sind die Fälle anzuschließen, in denen die Sektion Spuren eines kriminellen Eingriffs in Form von Verletzungen nicht mit absoluter Sicherheit zu konstatieren vermochte, in denen aber mit größter Wahrscheinlichkeit ein solcher Eingriff doch erfolgt war. Während allerdings in vielen Fällen bei Abtreibungen – sei es nun durch Einspritzungen, sei es durch Sondierungen – Verletzungen von der abtreibenden Person verursacht werden und zwar an ziemlich typischen Stellen, von denen aus dann eine Blutvergiftung ihren Ausgang nimmt, sieht man doch auch nicht selten, wie in anderen Fällen Verletzungen vermißt werden. Trotzdem kommt mit dem zum Abtreiben benutzten Instrument – sei es Spritze, Katheter oder Sonde – infektiöses

Material in den Uterus und von da aus durch Erregung einer Entzündung auf direktem oder indirektem Wege in den Blutkreislauf und erzeugt dann unter Umständen eine Sepsis, die sich manchmal in verschiedenen Organen ansiedelt, so besonders in den Lungen, in anderen Fällen auch an den Herzklappen und evtl. in den Nieren usw. Das Nichtvorhandensein einer Verletzung im Genitalapparat beweist also nicht, daß eine Sepsis nicht doch vom Uterus – in den meisten Fällen durch kriminellen Abortus – ausgegangen ist, während die vorhandene Verletzung selbstverständlich das wichtigste Beweisglied darstellt. Richter meint sogar, daß bei Fruchtabtreibungen durch mechanische Mittel in der Mehrzahl der Fälle der Nachweis eines Eingriffes deshalb nicht zu erbringen ist, weil eine Verletzung nicht stattgefunden hat.

19 sehr verdächtige Fälle ohne erweisliche Verletzungen seien hier angeführt:

Fall 1. Z. A., 38 Jahre, Malersfrau, gravid im 3. Monat. Nach der Mitteilung des behandelnden Arztes hat die Z. 14 Tage vor ihrem Tode angeblich einen kurz dauernden Grippeanfall gehabt, ist aber bald wieder aufgestanden. In der Nacht vom 27. zum 28. 3. 1924 bekam sie heftigen Schüttelfrost und universelle Muskelschmerzen. Am 28. 3. früh fand der Arzt die Z. schwer krank, hochgradig ikterisch; nachmittags um 5 Uhr hatte der Ikterus noch zugenommen, sie hatte hohes Fieber; Nasenspitze, Backenknochen und Fingerspitzen schienen dunkelblau verfärbt. Diese Erscheinung nahm bis um 7 Uhr noch zu. Unter vollem Bewußtsein abends 8 Uhr Exitus. Es bestand der Verdacht auf „Pest". Der Ehemann Z. gab noch an, seine Frau habe vor 5 Jahren zum letztenmal geboren, seit mehreren Jahren sei bei ihr die Periode sehr stark und schmerzhaft gewesen, sie sei unter „Krämpfen" verlaufen. Seit langer Zeit habe seine Frau in der Behandlung eines Frauenarztes gestanden, der ihr mehrmals eine Operation angeraten habe. Etwa 5 Tage vor ihrem Tode habe seine Frau eine beträchtliche Blutung gehabt, der Arzt habe tamponiert. Der Tampon sei in der Nacht herausgefallen, er (der Gatte) habe denselben wieder hineingestopft. Die Blutung sei dann bald gestanden. „Von einem Abort wisse er nichts". Gerichtliche Sektion am 31. 3. 1924.

Pathologisch-anatomischer Befund: Hochgradige Leichenfäulnis. Vaginalschleimhaut schmutzig-rötlich, von Gasblasen durchsetzt. In der Vagina, im Scheidengewölbe und am Äußeren Muttermunde nirgends eine Verletzung. Faustgroßer Uterus durch Gas in der Muskelwand stark aufgetrieben, enthält einen daumengroßen

Placentarpolypen: Das Cavum uteri wird fast völlig ausgefüllt von einem daumenlangen und annähernd ebenso dicken, bräunlichen kompakten, weichen Gebilde, das zu zwei Dritteln mit der Uteruswand vollständig zusammenhängt, während das untere Drittel nach unten zu zapfenförmig sich verjüngend frei in der hier etwas weiteren Uterushöhle liegt und bis zum Inneren Muttermund reicht. Mikroskopisch sind Chlorionzotten nachweisbar, die weder verkalkt, noch fibrös-narbig umgewandelt sind, also ein noch frisches Schwangerschaftsprodukt darstellen. Für die Annahme einer Verletzung der Genitalien gibt auch die mikroskopische Untersuchung keinen Anhaltspunkt. Die Ligg. lata sind teilweise ebenfalls durch Gas aufgetrieben, Corp. lut. verum im rechten Ovarium. Die Harnblase enthält schwarz-rötliche, schmierige Massen – der Wand anhaftend – in dünner Schicht; Schleimhaut blaßgelblich-rötlich, glänzend. Spangenförmige Verwachsungen der rechten Pleura. Hypostase der Lungenunterlappen. Ziemlich starke Fettbewachsung des Epicards, vereinzelte Lipoidflecken der Aorta. Schaumorgane: Schaumleber, schmierig-weiche Nieren, totaler schmieriger Zerfall der Milz. Im Blut und in der Milz reichlich Streptokokken vorhanden und außerdem Bact. coli.

Wie die Fäulniserreger in den Uteruskanal kommen konnten, läßt sich natürlich nicht klarstellen. Jedenfalls spricht aber das Vorhandensein dieser Streptokokken und der Colibakterien zusammen mit den Gasfäulniserregern für die Annahme, daß diese Bakterien und Kokken von außen hinein gelangten.

Todesursache: Sepsis, ausgehend vom Cavum uteri. Anhaltspunkte für das Vorliegen von Pest, Phosphorvergiftung oder einen Beweis für eine Grippe oder eine andere Infektionskrankheit hat die Sektion nicht ergeben. Abgang der Leibesfrucht.

Fall 2. E. M., 23 Jahre, ledig, Zimmermädchen, gravid etwa im 3. Monat, hat sich am 10. 3. 1926 abends angeblich eine starke Kernseifenlösung eingespritzt. Mit peritonitischen Erscheinungen kam sie am 11. 3. in die Frauenklinik. Hier sofortige Totalexstirpation des Uterus, der – nach der Angabe des behandelnden Assistenzarztes – samt den Adnexen schwärzlich infiltriert gewesen ist. In den nächsten Tagen schwere nephritische Erscheinungen, Oligurie, Blut und viel Eiweis im Urin. Schließlich schwere Lungenerscheinungen. Am 16. 3. 1926 Exitus. Gerichtliche Sektion am 17. 3. 1926.

Pathologisch-anatomischer Befund: Nach dem Operationsobjekt: Totale haemorrhagische Infarcierung des Uterus und der Adnexe mit hochgradiger blauschwarzer Verfärbung. Der Uterus ist durch einen großen Fensterschnitt an der Vorderfläche eröffnet (in der Prosektur des Krankenhauses) und die Eihöhle ebenfalls durch Wegnahme der vorderen Eihüllen freigelegt, so daß ein etwa 7–10 cm langer Foetus vorliegt. Auch das Chorion der Eihülle zeigt dunkelrote Verfärbung und es scheint eine dünne Schicht Blut vorhanden zu sein zwischen dem Ei und der Uteruswand. Der Muttermund ist

nicht verletzt, ob aber im Cervikalkanal oder an dessen Übergang in das Corpus uteri – an der Hinterwand – eine Verletzung vorhanden ist oder nicht, läßt sich an dem gehärteten Präparat nicht feststellen. Auch beide Tuben und Ovarien sind stark verdickt und blau-schwarz verfärbt. Soweit noch Reste von den Ligg. lata vorhanden sind, scheinen auch diese enorm blutinfiltriert zu sein. Lockere nicht septische Thrombose in beiden Venae spermaticae internae. Oedem der Blasenschleimhaut mit kleinen Blutungen. Hochgradiges Oedem und Trübung des Nierenparenchyms. Kein septischer Milztumor. Noch keine Peritonitis nachweisbar. Fibrinöse Pleuritis. Septische Streptokokkenpneumonie! Im Abstrich von den pneumonischen Herden enorme Mengen von sehr langen Streptokokkenketten. Hochgradige Thrombenbildung im Blute. Sehr schlaffer Herzmuskel. Eitrig-seröse Otitis rechts.

Todesursache: Streptokokkenpneumonie nach einem Abtreibungsversuch. Totale haemorrhagische Infarcierung der ganzen inneren Geschlechtsorgane! (Partielle Infarcierung s. Fall 7, S. 14). Kein Abgang des Foetus.

Fall 3. H. F., 24 Jahre, ledig, Damenschneiderin, hatte seit dem Fasching 1914 ein Verhältnis mit einem Apotheker und lebte nach Angabe der Hausleute seit Anfang Mai 1914 auffallend zurückgezogen (!). Sie klagte über Magenbeschwerden und häufiges Erbrechen. Am 25. 5. 1914 wurde sie mit 38,8° Fieber in die Frauenklinik aufgenommen unter der Diagnose: Abortus imminens. Nach Ausstoßung eines 3 Monate alten Foetus manuelle Placentarausräumung. Am 26. 5. wegen peritonitischer Reizerscheinungen Laparotomie. Exitus am 27. 5. 1914. In der Wohnung der H. wurden beschlagnahmt 15 Gläser mit Arzneien, 6 Päckchen mit Medikamenten und 2 lange Nadeln! Gerichtliche Sektion am 29. 5. 1914.

Pathologisch-anatomischer Befund: Die inneren Genitalien sind durch die Operation vollständig entfernt und stehen zur Begutachtung zur Verfügung. Am Uterus nirgends eine Verletzung, der Oberfläche haften kleine Fibringerinnsel an. Beide Tuben, besonders die rechte, sind verdickt und mit Fibrin belegt. Ovarien sind ebenfalls vergrößert; im rechten das Corp. lut. grav. Im Beckenbindegewebe am Ende der Operationsnaht ein etwa haselnußgroßer Abszeß. Das lockere Beckenbindegewebe ist überall von eitriger Flüssigkeit durchsetzt. Die Intima der Vena cava inferior und ihrer Beckenäste ist vollständig dunkelrot verfärbt. Diffuse eitrig-fibrinöse Peritonitis. Septischer Milztumor. Akute Stauungsniere. Erweichungsöffnung im Oesophagus etwa 3 cm oberhalb des Durchtritts durch das Diaphragma. Pleuritis exsudativa. Lungenödem.

Todesursache: Diffuse eitrige Peritonitis, ausgehend von den inneren Genitalien. Abgang der Leibesfrucht.

Fall 4. M. A., 29 Jahre. Buchdruckersgattin. starb nach Einlieferung in die Frauenklinik an septischer Peritonitis. Einige Tage vorher war durch die Hebamme ein Abort eingeleitet worden. Gerichtliche Sektion am 21. 3. 1916. (München-Ostfriedhof).

Pathologisch-anatomischer Befund: Scheidenschleimhaut blaurot verfärbt, äußerst locker, mit eitrig-flockigem Sekret bedeckt. Muttermund geöffnet, von blaurötlicher Färbung. Cavum uteri leer, die Schleimhaut ist außerordentlich locker und gerötet, die Uterusmuskulatur ist sehr weich und blutreich. Die Größe des Uterus entspricht der im 3. Graviditätsmonat. Peritonealüberzug des Uterus von mattem, schmierigem Glanze. In beiden Tuben, rechts mehr als links, eitrig-schmieriges Sekret. Rechtes Ovarium leicht geschwollen. In der Blase stark getrübter Harn. Schleimhaut blaß. Diffuse Peritonitis serosa. Pericarditis exsudativa. Lungenödem mit Übergang in Pneumonie. Septischer Milztumor. Nieren braunrot, schmutzig und stellenweise rötlich gefleckt, brüchig, weich, ziemlich groß, Gewebszeichnung nur teilweise erkennbar. Die Wandungen der großen Blutgefäße sind glatt, blaßrötlich glänzend. Dura mater cerebri leicht gelblich schimmernd, schmierig glänzend, derb. Pia mater cerebri ziemlich gerötet.

Todesursache: Sepsis, ausgehend vom graviden Uterus. Verletzungsstellen wurden bei der Sektion nicht gefunden. Abgang des Foetus.

Fall 5. Sp. A., 34 Jahre, ledig, Kellnerin. Gravid im 3. Monat. Weitere Anamnese nicht zu erheben. Gerichtliche Sektion am 5. 8. 1915 (München-Westfriedhof).

Pathologisch-anatomischer Befund: Scheidenschleimhaut zeigt einen weißlich-schmierigen Belag, sie ist blaß und locker. Cervix für einen Finger durchgängig, enthält bräunlich-glasigen Schleim. Im Cavum uteri die faulig veränderte, schwammig eingetrocknete Placenta und in dieser — in die Eihaut eingebettet — eine 6 cm lange, verjauchte Frucht. Uterusmuskulatur von trockener, stellenweise fauliger Beschaffenheit. Die Gefäße der Uterusmuskulatur sind teilweise mit Gasen gefüllt und enthalten an einzelnen Stellen trockene, dunkelbraune Gerinnsel. Auch im Cavum uteri findet sich Luft, die beim Aufschneiden entweicht. Die Blutgefäße in der Umgebung des ganzen Genitalapparates sind ebenfalls mit eingetrockneten, bräunlichen Blutgerinnseln gefüllt. Blasenschleimhaut leicht gerötet. Pericarditis serosa. Im Herzen keine Luft. In den Herzkammern ziemlich viel dunkles, dünnes Blut. Der Herzmuskel, namentlich an der Vorderwand stark fettüberlagert, ist wenig kräftig. Stauung im Lungenkreislauf. Milz leicht vergrößert. Stauungsnieren. Leberstauung.

Todesursache: Herzlähmung, bedingt durch den verjauchten Zustand des Foetus und der Uterusmuskulatur(?). Kein Abgang des Foetus.

Fall 6. H. A., 27 Jahre, ledig, Zimmermädchen. Gestorben im Krankenhaus. Gravidität etwa zu Beginn des 2. Monats. Gerichtliche Sektion am 20. 2. 1916 (München-Nordfriedhof).

Pathologisch-anatomischer Befund: Vaginalschleimhaut blaßbläulich, schmierig. Bei Druck auf die Schnittflächen durch die Uterusmuskulatur entleert sich aus derselben in Pfröpfen eitrige Flüssigkeit. In der Gegend der Cervix finden sich bis haselnußgroße Höhlen, die mit eitrig-schmierigem Inhalt gefüllt sind, Uterusschleimhaut locker, mißfarbig, stellenweise mit schmierig-bräunlichem

Belag bedeckt. Am Übergang der Cervix in das Corpus uteri bräunliche Geschwürsflächen. Rechtes Ovarium ganz erheblich vergrößert, stellt eine Geschwulst dar, in der sich alte verkäste tuberkulöse Herde befinden. Ebenso ist die rechte Tube erweitert, ihre Schleimhaut ist verdickt und mit schmierigem Sekret bedeckt. Bei Druck auf die Mammae entleeren sich einige Tropfen gelblich-wässerige Flüssigkeit. Diffuse eitrige Peritonitis. Pleuritis exsudativa. Pericarditis serosa. Lungenödem. Septischer Milztumor.

Todesursache: Eitrige Peritonitis, die anscheinend von einem chronisch-entzündlichen Prozesse im rechten Ovarium ausgegangen und von hier aus auf den offenbar vor einiger Zeit gravid gewesenen Uterus übergetreten ist. Die Peritonitis kann aber auch primär vom abortierenden Uterus ausgegangen sein. Verletzungsspuren konnten mit Sicherheit nicht nachgewiesen werden, wenn auch die Abszeßhöhlen an der Cervix sehr verdächtig auf einen kriminellen Eingriff sind. Abgang der Leibesfrucht.

Fall 7. B. K., 21 Jahre, ledig, Hilfsarbeiterin, gravid gegen Ende des 4. Monats. Eine genaue Anamnese ist nicht zu ermitteln. Gerichtliche Sektion am 19. 11. 1915 (München-Nordfriedhof).

Pathologisch-anatomischer Befund: Vaginalschleimhaut locker, mit weißlich-schmierigem Belag bedeckt. Muttermund für eine Fingerspitze durchgängig, aus ihm quillt etwas rötlich gefärbter, glasiger Schleim. Im Cavum uteri befindet sich in der nicht verletzten, mit Fruchtwasser gefüllten Fruchtblase ein 16 cm langer männlicher Foetus. Die Placenta ist im Fundus uteri mit den Uteruswandungen nur seitlich etwas verwachsen(!), von filziger Beschaffenheit und außerordentlich blutreich. Der Peritonealüberzug des Uterus ist ebenfalls vermehrt blutreich. Im Bauchraume unter dem Peritoneum, beginnend vom rechten Ovarium, zeigt sich ein 6 cm langer dunkler Bluterguß. Beide Ovarien sind stellenweise mit der Umgebung verlötet. Diffuse seröse Peritonitis. Herzmuskel schlaff, an seiner Vorderwand erheblich mit Fett überlagert, Herzkammern nahezu leer. Starkes Lungenödem. Milz leicht vergrößert. Akute Stauungsnieren.

Todesursache: Herzlähmung, vielleicht bedingt durch eine spontan entstandene Blutung im rechten Bauchraume, die im Zusammenhang mit der bestehenden Gravidität sich entwickelt hat. Ob ein Abtreibungsversuch unternommen wurde, ist nicht mit Sicherheit zu ermitteln. Kein Abgang des Foetus.

Fall 8. v. H. A., 17 Jahre, ledig, gravid in der Mitte des 2. Monats, suchte am 23. 11. 1919 eine Hebamme auf, angeblich weil ihre Periode seit 6 Tagen (!?) ausgeblieben wäre und weil sie fürchtete, daß das mit ihrer Geschlechtskrankheit zusammenhinge. Die Hebamme machte angeblich nur eine Lysolspülung der Vagina. Da die v. H. sich hartnäckig weigerte, zum Arzt zu gehen, habe die Hebamme ihr zu Tanninspülungen geraten. Am 3. 12. bekam die v. H. Leibschmerzen und Fieber. Der zugezogene Arzt stellte eine beginnende Peritonitis fest und

veranlaßte die Überweisung in eine Klinik. Dort wurde ein Abortus, sowie rechtsseitige Adnexeiterung mit peritonealer Reizung festgestellt: Laparotomie mit Entfernung der Adnexgeschwulst (chronisch-eitrige Salpingitis). Auf dem Totenbette gab die v. H. noch zu, daß eine Einspritzung zwecks Fruchtabtreibung vorgenommen wurde. Im Laufe desselben Abends Exitus unter den Zeichen der Herzschwäche. Gerichtliche Sektion am 16. 12. 1919.

Pathologisch-anatomischer Befund: Der Peritonealüberzug des Uterus zeigt an der Vorderfläche zottige, bindegewebige Auflagerungen. Uterus graurötlich verfärbt, mäßig weich. Der Uterus ist mit Gaze stark ausgestopft. Nach der Entnahme der Gaze ist die Innenauskleidung dunkelrot, ziemlich glatt, nicht schmierig, nur in der linken Tubenecke findet sich ein etwa erbsengroßer, braunschwarzer, zottiger Gewebsrest. Irgend eine Verletzung ist weder am Uterus, noch an der Vagina festzustellen. Rechtes Ovarium und rechte Tube sind operativ entfernt. Im linken Ovarium ein Corpus lut. grav. Quellung und entzündliche Rötung der linken Tube an ihrer äußeren Hälfte. In den Nieren keine Abszesse. Entfettung der Nebennieren. Septischer Milztumor. Über dem rechten Leberlappen schmierige Finbrinauflagerungen, Lebersubstanz verwaschen. Diffuse eitrige Peritonitis. Pleuritis exsudativa. Lungenödem mit beginnender Aspirationspneumonie. Herzmuskel fahl, gelblich rötlich, brüchig, auf dem Durchschnitt gelblich-fleckig. Die mikroskop. Untersuchung des Herzmuskels ergibt eine starke, feintropfige, fettige Entartung. Die Art. coron. sin. zeigt kleinste gelbliche Flecken.

Todesursache: Akute eitrige Peritonitis, mit größter Wahrscheinlichkeit ausgehend von einem Eiterherd im rechten Ovarium und von einer chronischen eitrigen rechtsseitigen Salpingitis. Die Peritonitis kann wohl durch eine brüske Untersuchung oder Ausspülung, ebenso aber auch spontan, also ohne irgend eine absichtliche oder fahrlässige Handlung, eingetreten sein. Der Abortus kann auch lediglich sekundär durch die vom rechten Ovarium sich ausbreitende Bauchfellentzündung zustande gekommen sein. Abgang des Foetus.

Fall 9. R. J., 23 Jahre, ledig, Dienstmädchen, soll nach der Angabe ihrer Schwester am 4. 9. 1920 einen von einer Hebamme herbeigeführten Abgang gehabt haben. Kam darauf mit heftigem Fieber in ärztliche Behandlung. Am 8. 9. Aufnahme ins Krankenhaus. Unter septischen Erscheinungen Exitus am 14. 9. 1920. Gerichtliche Sektion am 17. 9. 1920.

Pathologisch-anatomischer Befund: Status post abortum etwa am Ende des 2. Schwangerschaftsmonats mit haemorrhagisch-eitriger Endometritis unter Retention von Thromben und Chorionrestchen (im Austrich und in der Kultur lange haemolysierende Streptokokken und Bakt. coli.) Nirgends Verletzungen nachweisbar. Keine eitrige Lymphangitis oder Thrombophlebitis in der Uteruswand oder in den Ligg. lata. Im linken Ovarium ein Corp. lut. ver. Septischer Milz-

tumor mit vereiterndem großem Infarkt und frischer eitrig-fibrinöser Perisplenitis. Trübe Schwellung der Leber. Multiple abszedierende Niereninfarkte bds. mit hochgradigem Oedem und Parenchymdegeneration, totaler Lipoidmangel der Nebennieren. Akute flächenhafte Endocarditis ulcerosa der Mitralklappen mit flacher Geschwürsbildung und nur geringen thrombotischen Ablagerungen bei Intaktsein der anderen Herzklappenapparate. Trübe Schwellung des Herzmuskels. Epicardekchymosen an der Vorder- und Rückfläche des Herzens. Hyperaemie und Oedem der Lungen in den Unterlappen mit disseminierten bronchopneumonischen Herden und mit katarrhalisch-eitriger Bronchiolitis. Metastatische frische Abszesse in den unteren Polen beider Schilddrüsenlappen. Im Gehirn ein großer in Abszedierung begriffener Erweichungsherd im linken Nucleus lentiformis und massenhafte embolische haemorrhagisch abszedierende encephalitische Herde im linken Lobus parietalis und temporalis. Hyperaemie und Schwellung des Gehirns. Umschriebene Pachymeningitis haemorrh. interna über der linken Hemisphäre.

Todesursache: Endocarditis ulcerosa und Bakteriaemie, ausgehend vom Cavum uteri. Verletzungen an den inneren Genitalien, die auf Eingriffe zwecks Abtreibung schließen lassen, hat die Sektion nicht ergeben. Da nach den Erhebungen eine Hebamme oder sonst eine fachkundige Person in Frage kommt, so sind solche Verletzungen auch nicht unbedingt zu erwarten gewesen, aber offenbar war die Streptokokkeninfektion durch den intrauterinen Eingriff bedingt. Abgang des Foetus.

Fall 10. P. W., 32 Jahre, ledig, Buchhalterin, im 3. Monat gravid. Nähere Erhebungen sind nicht zu ermitteln. Gerichtliche Sektion am 14. 10. 1920.

Pathologisch-anatomischer Befund: Äußere Genitalien mit etwas Blut beschmiert, stinkend. Vaginaleingang blaugrau verfärbt, feucht belegt, klaffend. Vordere Vaginalwand stark aufgelockert. Hintere Vaginalwand mehr glatt und etwas mit stinkendem, blutigem Eiter belegt. Der Peritonealüberzug des Uterus, zumal dessen Vorderfläche, zeigt einen starken gelblich-schmierigen Fibrinbelag, der auch die ganze Blase überzieht. Hinter dem Uterus eine größere Eiteransammlung. Im Scheidengewölbe keine Verletzungen. Bei der Eröffnung ist die Cervix dunkel-schwarz-rot, zum Teil etwas mißfarbig, an einzelnen Stellen zeigen sich oberflächliche Unebenheiten, nirgends Defekte. Die ganze Uterusinnenwand ist schmierig, dunkelbraun und blutig-eitrig belegt; an der Vorderwand, nahe dem Fundus uteri, eine etwa fünfmarkstückgroße Stelle, in deren Bereich noch Placentarreste der Uteruswand fest anhaften. Nirgends eine Verletzung oder eitrige Durchsetzung der Uteruswand. Beide Tuben hochgradig gequollen, in der rechten Tube dicker Eiter. Im linken Ovarium ein Corp. lut. gravid. Eitrige Entzündung der Harnblasenschleimhaut. Diffuse eitrige Perito-

nitis. Im Ausstrich des Peritonealeiters Staphylokokken, Diplokokken, lange Kettenkokken. Pericarditis exsudativa. Pleuritische Verwachsungen, vornehmlich an der rechten Lunge. Lungenödem und beginnende Aspirationspneumonie. Metastatische Schilddrüsenabszesse. Septischer Milztumor. Leichte Parenchymdegeneration der Nieren. Oedem und Hyperaemie des Gehirns und seiner Häute. In der Brustdrüsensubstanz gelbliche Flüssigkeit.

Todesursache: Akute eitrige Peritonitis, ausgehend von einer jauchigen Endometritis. Das Vorliegen von Verletzungen hat die Sektion nicht ergeben. Abgang der Leibesfrucht.

Fall 11. R. R., 26 Jahre, Eisendrehersfrau, im 2. Monat gravid, stand angeblich wegen „Blutarmut" in ärztlicher Behandlung. Eines Nachts wurde der Arzt geholt, da die R. Blutungen hatte. Er tamponierte und ließ die R. in die Klinik bringen, wo sie bewußtlos ankam und bald darauf unter heftigen Leibschmerzen verstarb. Gerichtliche Sektion am 1. 3. 1921.

Pathologisch-anatomischer Befund: Gasfäulnis der Haut und der inneren Organe. Äußere Genitalien hochgradig geschwollen, blaurot verfärbt, zum Teil blaugrün. Vordere Vaginalwand wölbt sich, dunkelrot verfärbt, blasenförmig vor. Vagina graurötlich, mißfarben. Der zapfenförmige Muttermund ist außerordentlich vergrößert. Beide Muttermundslippen sind wulstig, dunkelrot verfärbt und unregelmäßig höckerig. Nirgends Verletzungen. Uterus fühlt sich teigigweich an. Bei der Eröffnung des Uterus penetranter Fäulnisgeruch. Cavum uteri mit mißfarbigen, graubraunen Blutmassen gefüllt; beim Wasseraufgießen zeigen sich reichlich zähe, schmierige, fetzige, der Wand zum Teil anhaftende Massen. Reste einer Eiblase nicht mehr nachweisbar. Verletzungen weder an der Cervix, noch im Cavum uteri, dessen Innenwand allerdings großenteils einen zundrigen Eindruck macht. Corp. lut. verum im rechten Ovarium. Cystitis, Pelveoperitonitis. Pericarditis serosa. Pleuritis serofibrinosa, Lungenödem. Septischer Milztumor. Parenchymdegeneration der Leber. Hochgradige Anaemie der Pia mater cerebri und der ganzen Gehirnsubstanz. Aus den Brüsten läßt sich etwas rötliche, schmierige Flüssigkeit auspressen.

Todesursache: wegen des hochgradigen Fäulniszustandes der Leiche schwer feststellbar, höchstwahrscheinlich vom Uterus ausgehende Sepsis. Abgang der Leibesfrucht.

Fall 12. B. G., 37 Jahre, verw. Haushälterin, gravid im 3. Monat. Über die genauere Vorgeschichte ist nichts zu erfahren. Gerichtliche Sektion am 29. 9. 1921.

Pathologisch-anatomischer Befund: Äußerere Genitalien stark gerötet und geschwollen. Innenseite der Labia minora stark mit blutig-wässeriger Flüssigkeit bedeckt. Vagina glatt, schieferig verfärbt, zum Teil graurötlich. Vordere Scheidenwand weit vorgefallen, blaurötlich, stark feucht. Im Cervikalkanal gelblicher fadenziehender

Schleim, keine sichere Verletzung nachweisbar. Innere Schichten der Uteruswand stark aufgelockert, Schleimhaut dunkel-schwarzrot. Im Fundus uteri an der Vorderwand eine flächenhafte Rauhigkeit. Im Cavum uteri oben etwas übelriechende, fetzige Gebilde. Fortgeleitete zum Teil in fibröser Organisation begriffene, zum Teil jauchig-eitrig eingeschmolzene Thrombose der linken Vena spermatica interna, ferner der linken Vena renalis mit Fortleitung des Thrombus bis in die Vena cava inferior. An der Hinterwand der Harnblase im Bereich der inneren Urethralöffnung eine kleine Schleimhautblutung. Stauungshyperaemie der linken Niere, trübe Schwellung der rechten Niere. Septischer Milztumor (600 g schwer!). Multiple, verschieden große, zum Teil deutlich aus Infarkten hervorgehende, jauchige Lungenabszesse mit serofibrinöser Pleuritis. Frische fibrinös-haemorrhagische Pachymeningitis interna. Leichtes Gehirnödem.

Todesursache: Sepsis ausgehend von einer Infektion des Cavum uteri. Abgang des Foetus.

Fall 13. G. E., 34 Jahre, Hilfsarbeitersfrau, gravid im 3. Monat, ließ am 6. 8. 1922 wegen Genitalblutungen einen Arzt rufen, der jauchig-blutigen Ausfluß feststellte und eine Auskratzung vornahm. Nach 2–3 Tagen bekam die G. Fieber. Sie wurde ins Krankenhaus eingeliefert und starb dort am 11. 8. 1922. Vor ihrem Tode hatte die G. noch behauptet, „sie hätte einen schweren Gegenstand gehoben", dabei seien die Blutungen aufgetreten. Gerichtliche Sektion am 12. 8. 1922.

Pathologisch-anatomischer Befund: Vaginalschleimhaut blaugrau, schmierig, glatt. Puerperaler Uterus, nur minimale schmierig-haemorrhagische Placentarreste im Fundus. Uterusmuskulatur etwas matsch, keine Venenthrombose der Muskulatur. Schleimhaut des Uterus weich, im Fundus mit rötlich-schmierigem Belag versehen. Keine Thrombose der Beckenvenen, auch nicht der Venae spermaticae internae. Keinerlei Verletzungen des Genitaltraktus nachweisbar. Beiderseitige chronische eitrige Salpingitis, links mit beträchtlicher Schwielenbildung und älteren Verwachsungen der Adnexe. Corpus luteum verum im linken Ovarium. Diffuse eitrige Peritonitis. Frische fibrinös-eitrige Verklebungen der Darmschlingen. Hochstand des Zwerchfells. Darmparalyse. Großer, frischer Douglasabszeß. Lungenödem. Akuter Milztumor.

Todesursache: Diffuse eitrige Peritonitis, ausgehend von einer chronisch-eitrigen Salpingitis beiderseits. Nachweisbare Abtreibungsverletzungen haben sich nicht gefunden. Abgang der Leibesfrucht.

Fall 14. B. E., 38 Jahre, ledig, Zugeherin, gravid im 3. Monat, starb im Krankenhaus unter septischen Erscheinungen. Näheres ist über die Krankheitsgeschichte nicht in Erfahrung zu bringen. Gerichtliche Sektion am 26. 10. 1922.

Pathologisch-anatomischer Befund: Vaginalschleimhaut schmutzig-schmierig verfärbt. In der Vagina schmieriges Blut. Cervikalkanal für einen Bleistift durchgängig, seine Schleimhaut ist weich und

mit leichten flockigen Auflagerungen versehen. Im Cavum uteri, in der derben Eihaut eingehüllt, noch ziemlich viele, weiche Placentarreste. Die Uterusschleimhaut ist locker und gerötet. Keine Verletzung des Genitaltraktus nachweisbar. Corp. lut. grav. im rechten Ovarium, im ersteren zwei pfefferkorngroße Abszesse. Eitrige Cystitis. Doppelseitige Pyelitis. Lungenödem. Histologisch: Ascendierende Pyelonephritis bds. Im Cervixsekret, im Placentargewebe und in der Dezidua des Uterus enorme Mengen von grampositiven Kokken (meist Diplokokken), ebenso im rechten Ovarium (hierin auch Streptokokken).

Todesursache: Sepsis, ausgehend von den inneren Genitalien. Der Verdacht auf ein Abtreibungsdelikt liegt nahe, ein Beweis für eine kriminelle Handlung läßt sich jedoch nicht erbringen. Abgang des Foetus.

Fall 15. W. M., 18 Jahre, ledig, Damenschneiderin, gravid im 2. Monat, machte sich selbst mit Hilfe einer Spritze und eines Glasmundstückes eine Einspritzung in den Uterus. Am 19. 2. 1924 stellten sich Krankheitserscheinungen ein, die sich zusehends verschlimmerten. Mit peritonitischen Erscheinungen wurde die W. am 25. 2. in die Gynaekolog. Klinik eingeliefert, wo sie am 26. 2. 1924 trotz vorgenommener Douglasdrainage starb. Gerichtliche Sektion am 29. 2. 1924.

Pathologisch-anatomischer Befund: Endometritis puerperalis mit einzelnen fetzigen Auflagerungen der Schleimhaut, besonders in den Tubenecken. Hier findet sich deziduale Umwandlung der Schleimhaut und mehrfach Chorionzotten, sowie stark eitrige Durchsetzung der Decidua und eitrige Thrombose der erweiterten Gefäße. Die übrige Uterusschleimhaut zeigt ebenfalls stellenweise leukocytäre Infiltration, jedoch kein Tiefergreifen des eitrigen Prozesses im Bereich der Muskulatur. Eine Verletzung der Genitalien ist nicht nachweisbar. Eitrige Salpingitis bds. mit geringer Wandverdickung und starker Erweiterung des Lumens. Corp. lut. ver. im rechten Ovarium. Katarrhalische Cystitis. Hühnereigroßer Abszeß zwischen Colon sigmoideum. Blase und Uterus etwas nach rechts zu gelegen. Subacute diffuse eitrig-fibrinöse Peritonitis mit ausgedehnten Verklebungen. Im Bauchhöhlen- und Tubeneiter grampositive Kokken in Ketten- und Haufenform. Frische fortgeleitete Pleuritis fibrinosa im Bereich beider Lungenunterlappen. Mäßiges Lungenödem, geringe Atelektase in den abhängigen Partien der Lungen. Akuter septischer Milztumor. Trübung des Leberparenchyms. Darmparalyse. Etwas Colostrum in den Brüsten. Leichtes Oedem der weichen Hirnhäute und des Großhirns.

Todesursache: Subacute eitrige Peritonitis, ausgehend von einer Infektion des Cavum uteri (beim Fehlen von Verletzungen denkt man in erster Linie an die Vornahme einer Einspritzung, die sich bekanntlich beim Publikum als Abtreibungsmaßnahme besonders eingebürgert hat. Eine solche Einspritzung kann, ohne daß Verletzungen erfolgen, dadurch zu einer Infektion führen, daß mit der eingespritzten

Flüssigkeit Bakterien in den Uterus gelangen). Abgang der Leibesfrucht.

Fall 16. F. A., gravid etwa am Ende des 3. Monats. Bis Anfang August 1925 war die Periode 3 mal ausgeblieben. Damals trug die F. angeblich einen Korb mit Wäsche(?), dabei traten plötzlich starke Bauchschmerzen auf, heftige Blutungen entstanden und sie fiel in Ohnmacht. 8 Tage lang lag sie auffallenderweise zu Bett, ohne einen Arzt zu konsultieren. Während dieser Zeit war die Frucht abgegangen. Plötzlich entstand ein schweres Krankheitsgefühl; durch einen Arzt wurde die F. in die Gynaekolog. Klinik überführt. Dort wurde eine Uterusauskratzung vorgenommen. Nach 5 wöchentlichem Aufenthalt in der Gynaek. Klinik wurde die Patientin in die Medizinische Klinik eingewiesen. Hier wurde ein großer linksseitiger eitriger Pleuraerguß festgestellt (Streptokokken, Staphylokokken, Leukocyten), sowie eine schwere sekundäre Anaemie. Exitus am 11. 9. 1925 unter den Zeichen der Herzschwäche. Gerichtliche Sektion am 15. 9. 1925 (München Waldfriedhof).

Pathologisch-anatomischer Befund: An den inneren Genitalien keine Spuren von Verletzungen nachzuweisen. In der Uteruswand keine Eiterherde mehr zu finden, wohl aber Venenthrombose, keine Bakterien. Infolge der mehrere Wochen zurückliegenden Abortausräumung in der Gynaekologischen Klinik keine Placentarreste mehr nachweisbar. Mangelhafte Kernfärbbarkeit der Nieren, keine Abszesse. Der Herzmuskel zeigt stellenweise geringfügige streifige, feintropfige Verfettung, keine Entzündungen, keine Abszesse. In sämtlichen Organen ist ein großer Gehalt an Leukocyten im Blut festzustellen. Linksseitige eitrige Pleuritis, 2350 g Eiter im linken Brustraum, der zu einer vollständigen Verdrängung der Lunge und des Herzens geführt hat! Eitrige Entzündung des Lungengewebes und Thrombose der Lungengefäße.

Todesursache! Eitrige Pleuritis und Sepsis, mit höchster Wahrscheinlichkeit vom Uterus ausgehend. Abgang des Foetus.

Fall 17. H. M., 15 Jahre!, ledig, Kanzlistin, hatte etwa einige Wochen vor ihrem Tode einen Fruchtabgang. Weiter ist über den Fall nichts zu erfahren. Gerichtliche Sektion im Februar 1921 (Haslach).

Pathologisch-anatomischer Befund: Uterusschleimhaut überall in Ausheilung begriffen. Keine Chorionzotten nachzuweisen. Rückbildungsvorgänge in der Muskelwand und in der Intima der Uterusgefäße, besonders an der Gefäßmuskelscheide (Muskelriesenzellen). In den Blutgefäßen der Uteruswand auffallend viel Leucocyten, jedoch keine Eiterthromben. Innenfläche des Uterus höckerig, mit schmierig-gelblichen Auflagerungen versehen. Rückbildung des Uterus, allerdings durch Entzündungsvorgänge verzögert. Corp. lut. verum in dem einen Ovarium vorhanden. Brüste entleeren Milch. Striae graviditatis in der Bauchhaut. Endocarditis. Lungen- und Nierenin farkte. Septischer Milztumor.

Todesursache: Sepsis, ausgehend vom Cavum uteri. Der objektive Beweis für das Vorliegen eines Verbrechens der Abtreibung kann nicht erbracht werden. Abgang des Foetus.

Jetzt folgen noch zwei Fälle von ärztlich eingeleiteter Schwangerschaftsunterbrechung, bei denen die Frauen ad exitum kamen:

Fall 18. K. A., 29 Jahre, Bäckermeistersfrau, gravid in den ersten Wochen. Nach den Angaben einer Zeugin hat ein Arzt den Uterus ausgekratzt. Die K. bekam Blutungen und tags darauf - am 31.7.1925 - Fieber. Exitus 7.8.1925. Gerichtliche Sektion am 8.8.1925 (Ingolstadt).

Pathologisch-anatomischer Befund: Muttermund zeigt eine quere Öffnung mit unebenen Rändern. Am Fundus uteri, namentlich an der Abgangsstelle der linken Tube, starke Auflockerungen der Innenwand und Deciduabildung. Chorionzotten sind mikroskopisch nicht nachzuweisen. An der untersuchten Stelle keine eitrige Durchsetzung der Uteruswand, keine Thromben, kein Eiter. Nur in den tieferen Wandschichten finden sich da und dort kleine streifen- und spaltförmig angeordnete Anhäufungen von entzündlichen Zellen, die aber keine schweren Entzündungsprozesse darstellen. Im rechten Ovarium ein Corp. lut. verum. Großer septischer Milztumor. Streifige Ausscheidungsabszesse in der Marksubstanz der Nierenpyramiden. Pleuritis fibrinosa. Eitrige Bronchiolitis und in den zugehörigen Alveolenbezirken zum Teil Atelektase, zum Teil beginnende katarrhalische Entzündungsprozesse. Frische Vereiterung des rechten Kniegelenkes. Eitrige Entzündung der Umgebung des linken Ellbogengelenkes.

Todesursache: Sepsis mit metastatischen eitrigen Gelenkentzündungen, ausgehend vom Cavum uteri. Krankhafte Veränderungen, die ärztliche Eingriffe notwendig gemacht haben könnten, hat weder die Sektion noch die mikroskopische Untersuchung der inneren Genitalien ergeben. Die Annahme eines Abtreibungsdeliktes liegt nahe. Abgang der Leibesfrucht.

Fall 19. E. M., 21 Jahre, ledig, Bürovorsteherstochter, gravid im 3. Monat. Am 30. 11. 1922 vermutlich erster Eingriff durch Dr. R. - angeblich war ein Abort im Gange -, ein Stift wurde eingelegt. Am 1. 12. 1922 wurde der Uterus ausgekratzt. Operation (welcher Art ist unbekannt) durch Dr. Sch. am 10. 12. 1922. Dieser Arzt stellte eine zur Sepsis führende Endometritis fest. Operationsbefund: Starke Gefäßfüllung entzündlichen Charakters in den unteren Bauchabschnitten. Nach Lösung von peritonitischen Verklebungen wird ein kinderfaustgroßer Abszeß im hinteren Douglas eröffnet. Exitus am 13. 12. 1922. Gerichtliche Sektion im Dezember 1922.

Pathologisch-anatomischer Befund: (Nur die inneren Genitalien liegen zur Untersuchung vor): An der Außenfläche des Uterus, am Uterusüberzug und auf der Vorderfläche nach der Blase

zu entzündliche Auflagerungen, von der Peritonitis herrührend, die bei der Sektion - diese wurde auswärts gemacht - festgestellt worden ist. In der Uteruswand noch einige Deciduazellen, die ziemlich tief in die Uteruswand hineingewandert sind (deziduale Wanderzellen). Keine stärkeren entzündlichen Erscheinungen in der Uteruswand, keine thrombosierten oder vereiterten Blut- oder Lymphgefäße, keine diffuse Eiterdurchsetzung der Muskelwand. Die beiden Tuben und ebenso die Ligg. lata sind entzündlich geschwollen. Die Schnitte durch das Lig. lat. zeigen eine stärkere entzündliche und wässerige Veränderung, Aufquellung und Durchsetzung mit Eiterkörperchen, auch vereinzelt in den Lymphgefäßen eine Anhäufung von Eiterzellen. Keine vereiterten Thromben in den in die Schnitte gefallenen Blutgefäßen. Im Cavum uteri schmierig-eitriger Schleim, aber keine Eiteile mehr (der mit einer Auskratzung verbundene Eingriff fand 12 Tage vor dem Tode statt!). Am ganzen Genitaltraktus keine Verletzung nachweisbar. Im Ovarium ein Corp. lut. graviditatis.

Todesursache: subacute eitrige Peritonitis, ausgehend vom Cavum uteri. Abgang des Foetus.

Zum Schluß sei noch eine interessante Zusammenstellung Lesser's erwähnt über 42 Beobachtungen - mit 86 Verletzungen zusammen - betreffend Traumen der Genitalien durch instrumentell provozierten Abort.

Von den 86 Verletzungen waren:

12 Verletzungen der Vagina = 14%
46 „ „ Cervix oder dieser und der anstoßenden Corpuspartien = 53,5%
28 „ „ übrigen Corpusabschnitte = 32,5%

In 16 Selbst-Beobachtungen Lesser's (mit zusammen 46 Verletzungen) ergaben sich:

8 Verletzungen der Vagina = 17,4%
26 „ „ Cervix oder dieser und der angrenzend. Corpuspartien = 56,5%
12 „ „ übrigen Corpusabschnitte = 26,1%

In unseren eigenen Fällen - 28 Fälle mit 31 erwiesenen Verletzungen (s. Kap. B. II, S. 29) - haben wir folgendes gefunden:

1) 3 Verletzungen der Vagina = 9,7%
2) 17 „ „ Cervix oder dieser u. der anstoßend. Corpuspartien = 54,8%
3) 11 „ „ übrigen Corpusabschnitte = 35.5%

Ad. 1: Verletzungen der Vagina:
1 mal im hinteren Scheidengewölbe
2 „ „ vorderen „
Ad. 2: Verletzungen der Cervix oder dieser und der anstoßenden Corpuspartien:
9 mal hintere Partie
3 „ vordere „
4 „ rechts
1 „ links
Ad. 3: Verletzungen der übrigen Corpusabschnitte:
6 mal hintere Partie
2 „ vordere „
1 „ rechts
2 „ links.

Die pathologisch-anatomischen Befunde sind die gleichen wie die Eingangs auf S. 29 ff. geschilderten: Die Verletzungen sind meistens Stich- und Rißwunden der Oberfläche, welche meist eine gegen ihre Länge beträchtlich zurücktretende Tiefe und Breite besitzen. Oder es sind unkomplizierte Stichwunden von mehr oder minder bedeutender Tiefe. Oder es handelt sich um Verletzungen, bei denen die primäre Continuitätstrennung durch stechenden Gebrauch des Instruments, die ferneren Continuitätstrennungen durch hebelnde Bewegungen desselben bedingt worden sind. Völlige Perforationen der inneren Genitalien zeigt eine ganze Reihe von Fällen.

Auf die einzelnen Schwangerschaftsmonate verteilen sich die angeführten Abtreibungsdelikte wie folgt:

Mens	I	–		
„	II	10 Fälle	= 16,4%	84,4% im II.–IV. Monat.
„	III	31 „	= 50,0 „	
„	IV	11 „	= 18,0 „	
„	V	3 „	= 5,0 „	
„	VI	4 „	= 6,6 „	
„	VII	1 Fall	= 1,6 „	
„	VIII	1 „	= 1,6 „	
„	IX	1 „	= 1,6 „	
„	X	–		

Die Ausstoßung der Leibesfrucht war erfolgt in 61,5% der Fälle, in 38,5% war kein Fruchtabgang eingetreten (in sämtlichen 15 Fällen von Luftembolie kein Abgang).

Von den Schwangeren waren 70.3% ledig, 29,7% verheiratet.

Etwa $^2/_3$ der Schwangeren standen in den 20er Lebensjahren, die übrigen waren unter 20, bezw. über 30 Jahre alt. Das jüngste Opfer eines Abtreibungseingriffes hat ein Alter von 15, das älteste ein solches von 42 Jahren.

Die überwiegende Mehrzahl der Verstorbenen stammte aus kleinen Verhältnissen und war dienenden Standes.

Wir haben uns bislang rein pathologisch-anatomisch mit den Befunden bei tödlich verlaufener Fruchtabtreibung beschäftigt. Es soll nun unsere Aufgabe sein, die auch für den Arzt bemerkenswerten einschlägigen Paragraphen in dem „Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches vom 17. 11. 1924“ zu beleuchten.

Es heißt da im § 228: „Eine Frau, die ihre Frucht im Mutterleibe oder durch Abtreibung tötet oder die Tötung durch einen anderen zuläßt, wird mit Gefängnis bestraft.

Ebenso wird ein anderer bestraft, der eine Frucht im Mutterleibe oder durch Abtreibung tötet.

Der Versuch ist strafbar. In besonders leichten Fällen kann das Gericht, auch wenn die Voraussetzungen des § 23, Abs. 4 nicht vorliegen, von Strafe absehen.

Wer die im Abs. 2 bezeichnete Tat ohne Einwilligung der Schwangeren oder gewerbsmäßig begeht, wird mit Zuchthaus bestraft. Ebenso wird bestraft, wer einer Schwangeren ein Mittel oder Werkzeug zur Abtreibung der Frucht gewerbsmäßig verschafft.“

§ 229 lautet: „Wer öffentlich zu Zwecken der Abtreibung (§ 228) dazu bestimmte Mittel, Werkzeuge oder Verfahren ankündigt oder anpreist oder solche Mittel oder Werkzeuge an einem allgemein zugänglichen Ort ausstellt, wird mit Gefängnis bis zu 2 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Ebenso wird bestraft, wer in gleicher Weise seine eigenen oder fremde Dienste zur Vornahme oder Erleichterung von Abtreibungen anbietet."

Diese neuen Bestimmungen haben viel für, aber auch manches wider sich. Von Frank-München und Oetker-Würzburg haben erst kürzlich ihre gewichtigen Stimmen gegen die allzu große Freiheit des Richters und gegen eine dadurch zu befürchtende „Entnervung der Strafjustiz" erhoben. Bisher galt die „Abtreibung" als ein Verbrechen, wurde also primär mit Zuchthaus bestraft, jetzt soll sie als Vergehen erachtet, also mit Gefängnis geahndet werden. Die Dauer des Gefängnisaufenthaltes (1 Tag bis 5 Jahre) ist ganz dem Ermessen des Richters überlassen. Hierin liegt unserer Auffassung nach ein Mangel.

Nach § 228, Abs. 1, des Neuen Entwurfs wird die Schwangere nicht mehr, wie bisher, nur wegen Beihilfe, sondern nunmehr gleichfalls als Täterin bestraft.

Auch nach dem Neuen Entwurf ist der Tatbestand der Abtreibung gegeben, wenn 1. durch die Handlung die Frucht im Mutterleibe getötet worden ist, oder wenn 2. die Ausstoßung der lebenden, aber nicht weiter lebensfähigen Frucht und damit die Vernichtung ihres Lebens erreicht wird.

Auch der Versuch einer Abtreibung ist nach dem Neuen Entwurf strafbar. Ebenso ist die Strafbarkeit eines Abtreibungsversuches beibehalten worden, der gegen eine bereits abgestorbene Frucht wie gegen eine in Wirklichkeit gar nicht vorhandene Frucht oder gegen eine gar nicht direkt abtötbare und entfernbare – weil sie z. B. extrauterin gelagert ist – Leibesfrucht unternommen wurde.

Nach § 23, Abs. 4, des Neuen Entwurfs (über „die Strafbarkeit des Versuchs im allgemeinen") bleibt ein Versuch allerdings straflos, wenn der Täter die Tat aus grober Unwissenheit über Naturgesetze (z. B. über den Bau der weiblichen inneren Genitalien) an einem Gegenstand oder mit einem Mittel versucht hat, an oder mit dem die Tat überhaupt nicht ausgeführt werden kann,

Diese letztere Feststellung wird natürlich immer Sache des zugezogenen ärztlichen Sachverständigen sein, aber auf diese Fälle sollte die Straflosigkeit des Versuchs auch nur beschränkt bleiben, hat doch in anderen Fällen der Richter nach dem Neuen Entwurf die weitgehendste Freiheit über Ausmaß und Art der Strafe – „in besonders leichten Fällen kann das Gericht bei Vorliegen eines Versuchs von Strafe absehen" (§ 228, Abs. 3, des N. E.). Das Reichsgericht hat sich ohnedies schon jetzt auf den Standpunkt gestellt, daß der Versuch mit vollkommen ungeeigneten Mitteln am völlig ungeeigneten Objekt unbestraft bleibt.

Die neue Fassung des Notstandsparagraphen scheint auch für die Abtreibungsfrage von großer Bedeutung zu sein:

§ 22 im N. E. lautet: „Wer eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, um die gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr eines erheblichen Schadens von sich oder einem anderen abzuwenden, bleibt von der auf die vorsätzliche Begehung der Tat gesetzten Strafe frei, wenn ihm nach den Umständen nicht zuzumuten war, den drohenden Schaden zu dulden.

Hat der Täter eine solche Gefahr irrtümlich angenommen und beruht der Irrtum auf Fahrlässigkeit, so finden die Vorschriften über fahrlässige Handlungen Anwendung."

Über die Straflosigkeit der ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechung findet sich im Neuen Entwurf keine Bestimmung. Nach der Fassung des eben angeführten § 22, Abs. 1, ist aber auch der Arzt für seine aus wissenschaftlicher Indikation vorgenommene Schwangerschaftsunterbrechung straffrei. Nach dem jetzt noch geltenden Recht ist er das nicht. Die fehlende Einwilligung der Schwangeren oder deren Nichteinwilligung bedingt nicht ohne weiteres die Strafbarkeit des Eingriffes. Auf Fehldiagnosen, die auf einer Fahrlässigkeit beruhen, finden die Vorschriften über fahrlässige Handlungen Anwendung (§ 22, Abs. 2, im N. E.). Hierin hat also der Neue Entwurf

eine begrüßenswerte Verbesserung gebracht. Die Fassung: „. . . . . wenn dem Täter nach den Umständen nicht zuzumuten war, den drohenden Schaden zu dulden" schließt aber die große Gefahr in sich, daß hier auch die soziale, wirtschaftliche und eugenische Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung für die ärztlichen Eingriffe, ja sogar für die Laienabtreibungen einen Unterschlupf finden könnte. Es ist daher entschieden zu erwägen, ob sich nicht doch eine Ergänzung des § 228 als notwendig erweist, in dem Sinne, daß eine durch Notstand (nach § 22, Abs. 1, des N. E.) bedingte Straflosigkeit bei Schwangerschaftsunterbrechungen nur für die von einem Arzt aus medizinischer Indikation vorgenommene Unterbrechung der Schwangerschaft gilt.

Wünschenswert wäre ferner eine ausdrückliche gesetzliche Bestimmung, die eine nur ärztlicherseits auszuführende Schwangerschaftsunterbrechung auch ohne medizinische Indikation gestattet bei erwiesener, d. h. durch richterliche Untersuchung sichergestellter Notzuchtsschwängerung, worauf besonders von gerichtlich-medizinischer Seite (Straßmann) hingewiesen worden ist.

Auffallend ist es endlich, daß, entgegen dem jetzt geltenden Recht (§ 220, Abs. 2, im R. St. G. B.), für die Tötung der Schwangeren sowohl bei vollendeter Abtreibung – z. B. durch Blutvergiftung von dem verletzten infizierten Uterus aus –, wie auch direkt beim Abtreibungsversuch – bei den häufigen Fällen von Luftembolie z. B. – im Neuen Entwurf keine besonderen Strafvorschriften gegeben sind. Bei der Gewissenlosigkeit, mit der erfahrungsgemäß bei der instrumentellen Fruchtabtreibung sehr oft von Gelegenheitsabtreibern, aber auch von Lohnabtreibern vorgegangen wird, wäre eine ausdrückliche Bestimmung einer zu erwartenden besonders schweren Strafe in diesem Falle wohl am Platze gewesen.

Auch hinsichtlich des § 229 im N. E. über die „Ankündigung von Abtreibungsmitteln" in Stadt und Land,

die erfahrungsgemäß dem Umsichgreifen der Abtreibungsversuche den größten Vorschub leistet, wäre eine Ergänzung in dem Sinne angezeigt, daß nicht nur das Ankündigen, Anpreisen und an einem allgemein zugänglichen Orte Ausstellen von Abtreibungsmitteln und -Werkzeugen als Vergehen mit Gefängnis oder Geldstrafe bedroht wird, sondern auch das Feilhalten und Abgeben. Macht doch der sachverständige Arzt in den Gerichtsverhandlungen wegen Abtreibungen immer wieder die Erfahrung, daß den Frauenspersonen in den einschlägigen Geschäften die Intrauterinröhrchen und die mit den langen Kanülen versehenen Intrauterinspritzen von den Geschäftsangestellten direkt anempfohlen und aufgedrängt werden. Dieser Umstand, der von den Angeklagten und ebenso oft von ihren Verteidigern als Entlastung und zur Entschuldigung gebührend hervorgehoben wird, erfordert dringend gesetzliche Abhilfe.

Am Ende meiner Ausführungen möchte ich Herrn Obermedizinalrat Professor Dr. Hermann Merkel für die Zuweisung der Arbeit, für Anregungen zu ihrer Durchführung, sowie für die freundliche Übernahme des Referates meinen besten Dank aussprechen.

Literatur.

Baumbach Karl: „Cervixrisse bei Uterus bicornis bei künstl. Abort und bei Geburten". Inaug. Diss. Berlin 1912.

Dittrich Paul: „Lehrbuch d. gerichtl. Medizin f. Ärzte und Juristen". II. Aufl. 1921. Schulwissenschaftl. Verlag A. Haase, Leipzig-Prag-Wien.

Ebert Fritz: „Über einen Fall merkwürdiger Abtreibungsversuche". Inaug. Diss. Nürnberg 1919. Tümmel.

„Entwurf eines Allg. Deutschen Strafgesetzbuches", herausgegeben v. Reichsministerium der Justiz am 17.11.1924.

Fabrice v.: „Die Lehre von der Kindsabtreibung u. vom Kindsmord". II. Aufl. bearbeitet von Dr. A. Weber, 1905 bei H. Barsdorf, Berlin.

Frank R.: „Das Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich". 15. neu bearbeitete Auflage, 1924. Verlag J.C.B.Mohr (Paul Siebeck) Tübingen.

Fritsch: „Fruchtabtreibung" in Dittrich: „Handb. d. ärztl. Sachverständigentätigkeit", Band 6.

Gusikoff-Peische: „Über die Mutterhalsscheidenfisteln beim Abort". Inaug. Diss. Basel 1910. Brin & Co. 1910.

Haberda: „Lehrbuch d. Gerichtl. Medizin". I. Teil 1919 bei Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien.: „Die Fruchtabtreibung", S. 221.

Junker Hans: „Über d. Ursachen der Fehl- u. Totgeburten". Inaug. Diss. Berlin 1917,

Kratter: „Lehrbuch d. Gerichtl. Medizin". I. Bd. 1921 bei Ferdinand Enke, Stuttgart: Kapitel: Die „Fruchtabtreibung", S. 225.

Lesser: „Atlas d. Gerichtl. Medizin". II. Abtlg., 4. Liefg., 1891 bei der Schles. Buchdruckerei, vorm. S. Schottländer, Breslau: Text zu Tafel X und XI.

Lewin: „Die Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mittel". 4. Aufl. 1925 bei Georg Stilke, Berlin.

Liszt E. v.: „Fruchtabtreibung". II. Teil 1911.

Meidinger Hans: „Über allg. Quecksilbervergiftung nach Einführung von Quecksilberpräparaten in fester Form in die Scheide". (Bericht üb. 10 Fälle). Inaug. Diss. München 1924.

Merkel Hermann: „Gutachten üb. d. Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches v. 17. 11. 1924., erstattet für den Obermedizinalausschuß.

Ottow: „Die forensische Bedeutung d. zentralen Cervix-Scheidenverletzungen u. ihre Folgeerscheinung, der Fistula cervicis laqueatica", aus d. Deutsch. Zeitschr. für die ges. gerichtl. Med., 6. Bd., 6. Heft, 1926 bei J. Springer, Berlin.

Polag Berthold: „Die Berechtigung d. künstl. Abortus v. medizinischen, juristischen u. nationalökonomischen Standpunkte". Inaug. Diss. Straßburg 1909.

Richter: „Gerichtsärztl. Diagnostik und Technik". 1905. bei S. Hirzel, Leipzig: „Fruchtabtreibung", S. 215.

Schubiger Robert: „Über Abortbehandlung u. die dabei vorkommenden Verletzungen. Inaug. Diss. Zürich 1915, Buchdruckerei Gebr. Leemann & Co.

Stumpf: „Gerichtl. Geburtshülfe". Sonderdruck aus: F. v. Winkel „Handb. d. Geburtshilfe", 3. Bd., III. Teil, 1907, bei Bergmann-Wiesbaden: „Die kriminelle Fruchtabtreibung", S. 357.

Walcher Kurt: „Üb. d. Gerichtl.-mediz. Beurteilung d. Luftembolie im kleinen und großen Kreislauf mit bes. Berücksichtigung d. cerebralen Luftembolie"; Deutsche Zeitschr. für die ges. gerichtl. Medizin (Sonderdruck), 5. Bd., 5. Heft; Berlin 1925, Verlag Julius Springer.

Walcher Kurt: „Über die Luftembolie"; Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Med. u. Chir. (Sonderdruck), 39. Bd. Gustav Fischer-Jena 1926.

Wieloch Josef: „Aus der Frauenklinik der Charité. Beitr. z. Pathol. des artifiziellen Abortus". Inaug. Diss. Berlin 1916: Ebering.

Winkel v.: „Die kriminelle Fruchtabtreibung". Sammlung Langenscheidt: „Beitrag zur Kritik der Gegenwart", Berlin-Lichterfelde 1911.

Witt Fritz: „Kasuistischer Beitrag zur instrumentellen Perforation des abortierenden Uterus". Inaug. Diss. Würzburg 1912.

Ziemke E.: „Über plötzliche Todesfälle bei Schwangerschaft und Geburt". Deutsche Zeitschr. für die ges. gerichtl. Medizin, 9. Bd. 2. H., S. 137. Julius Springer, Berlin 1927.

Lebenslauf.

Am 13. Februar 1903 wurde ich als Sohn des Realschullehrers Heinrich Münchmeyer und seiner Ehefrau Emma geb. Finke zu Bad Lauterberg i. H. geboren.

Von meinem 6. bis 9. Lebensjahre besuchte ich die Vorschule, vom 9. bis 15. Jahre die Realschule meines Heimatortes. Nachdem ich hier das Einjährigen-Examen bestanden hatte, bezog ich Ostern 1918 das Realgymnasium zu Osterode a. H. Im Februar 1921 legte ich an dieser Schule die Reifeprüfung ab. Ostern 1921 begann ich das Medizinische Studium an der Universität Göttingen, im Frühjahr 1924 machte ich das Physikum. Nach weiteren 5 Semestern in München unterzog ich mich hier im Herbst 1926 erfolgreich dem Medizinischen Staatsexamen.

Zur Zeit bin ich am Standortlazarett München als Medizinalpraktikant tätig.